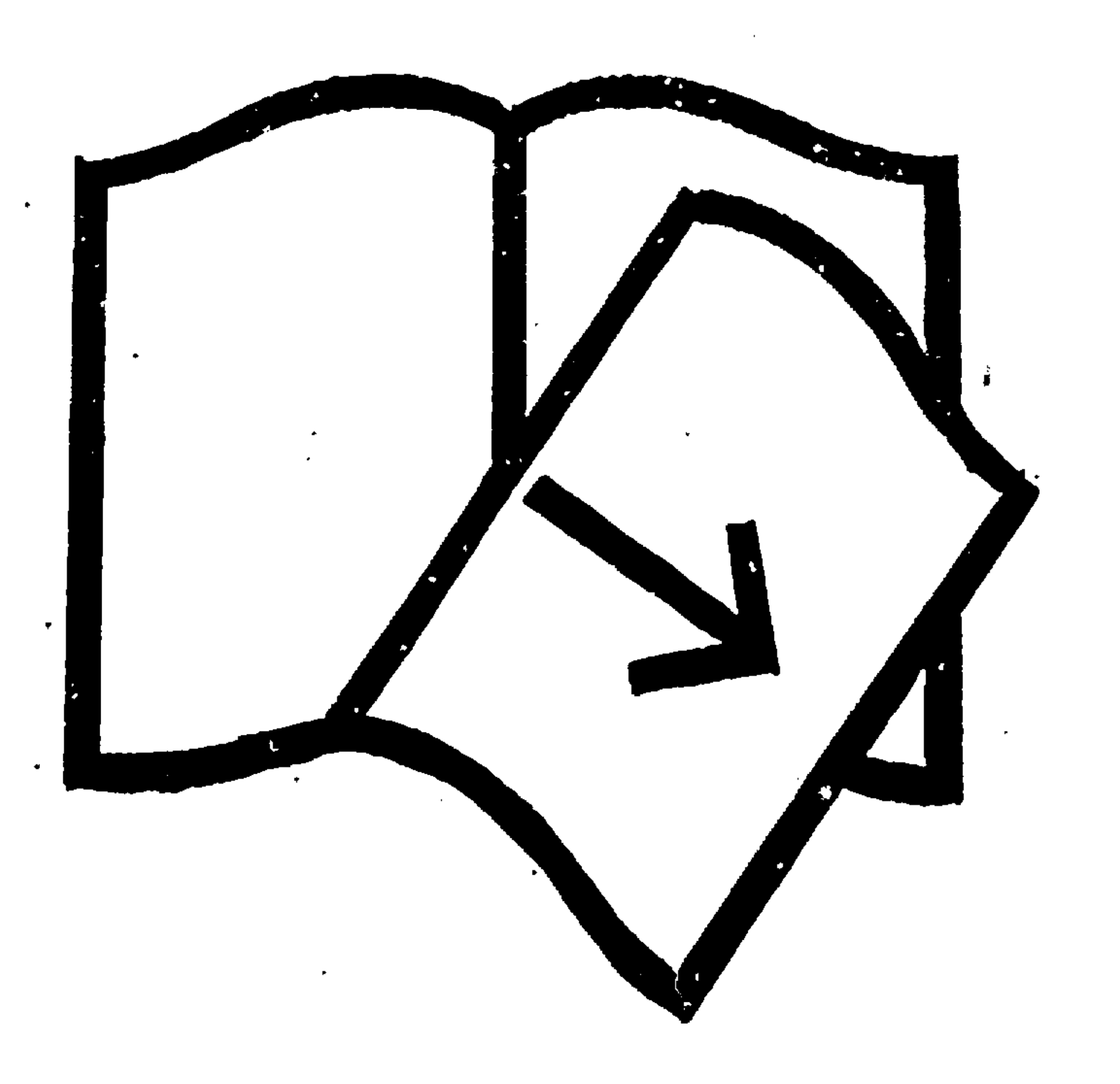


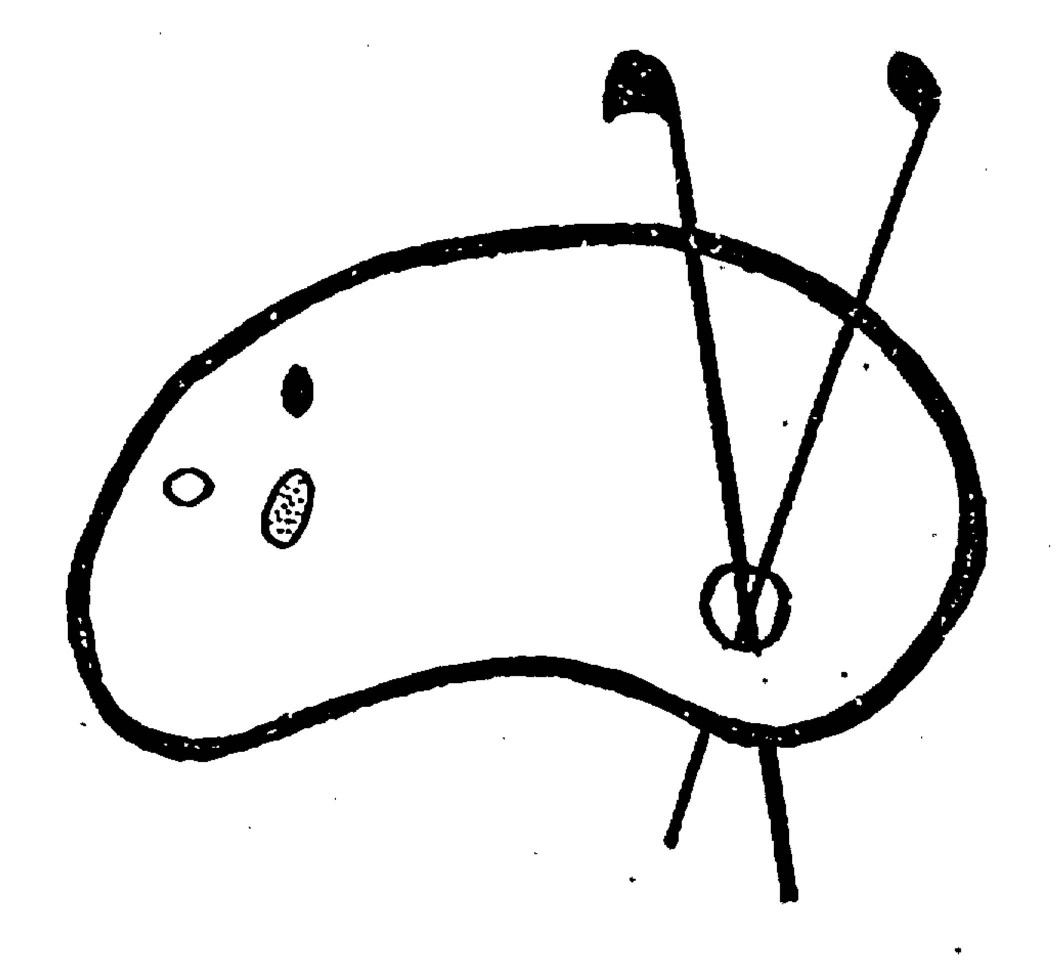
La psychose hallucinatoire chronique / par Georges Gassiot,...



Gassiot, Georges. Auteur du texte. La psychose hallucinatoire chronique / par Georges Gassiot,.... 1910.



Couverture inférieure manquante



DEBUT D'UNE SERIE DE DOCUMENTS
EN COULEUR

Georges GASSIOT
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE
INTERNE EN MÉDECINE À L'ASILE D'ALIÉNÉS
DE TOULOUSE

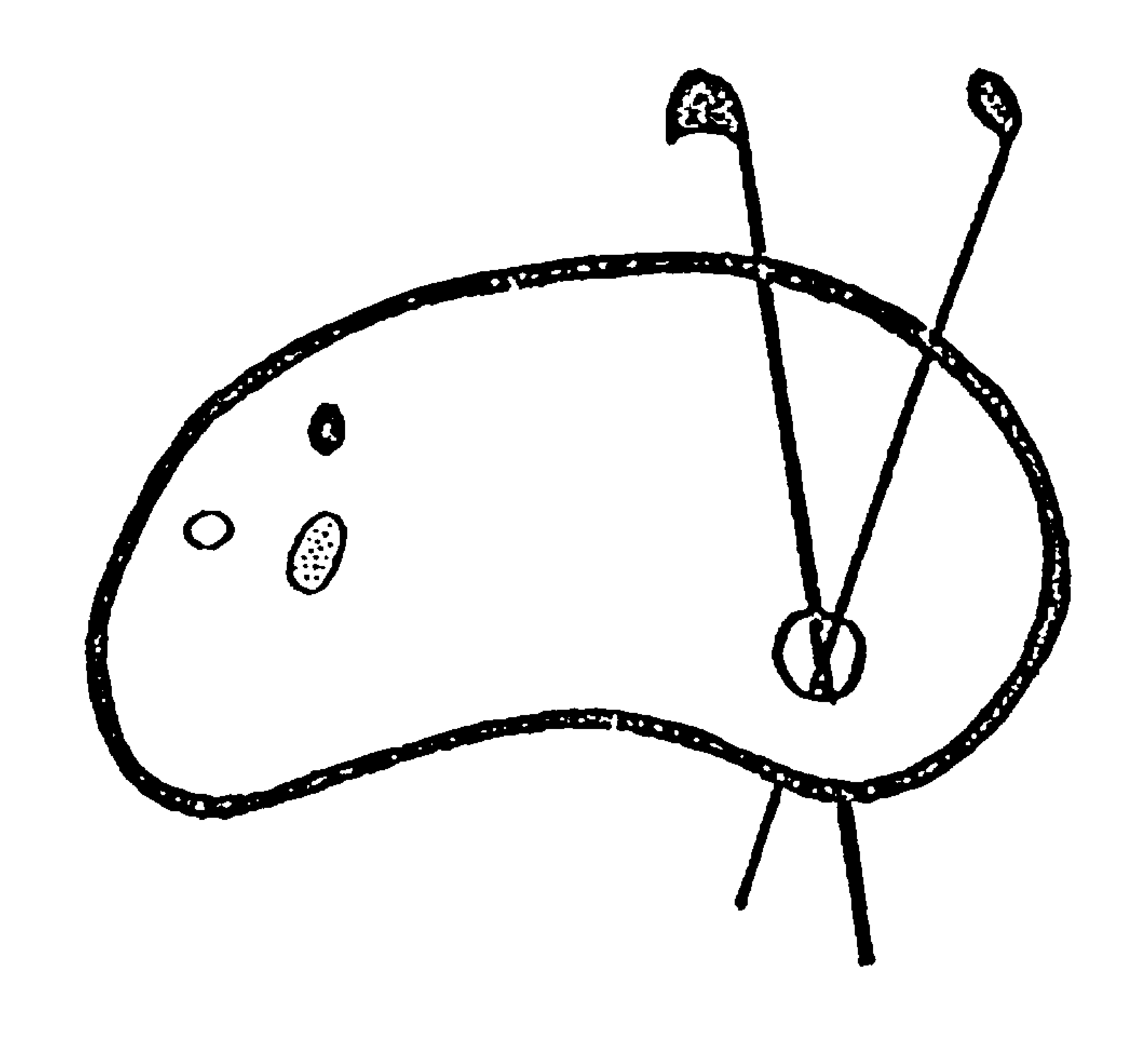
La Psychose hallucinatoire chronique

PAR

Georges GASSIOT
Membre de la Société Anatomo-Clinique,
Interne en médecine à l'asile d'aliénés
de Toulouse.



TOULOUSE
IMPRIMERIE SEBILLE
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
—
1910



FIN D'UNE SERIE DE DOCUMENTS
EN COULEUR

La Psychose hallucinatoire chronique

PAR

Georges GASSIOT

Membre de la Société Anatomo-Clinique,
Interne en médecine à l'asile d'aliénés
de Toulouse.



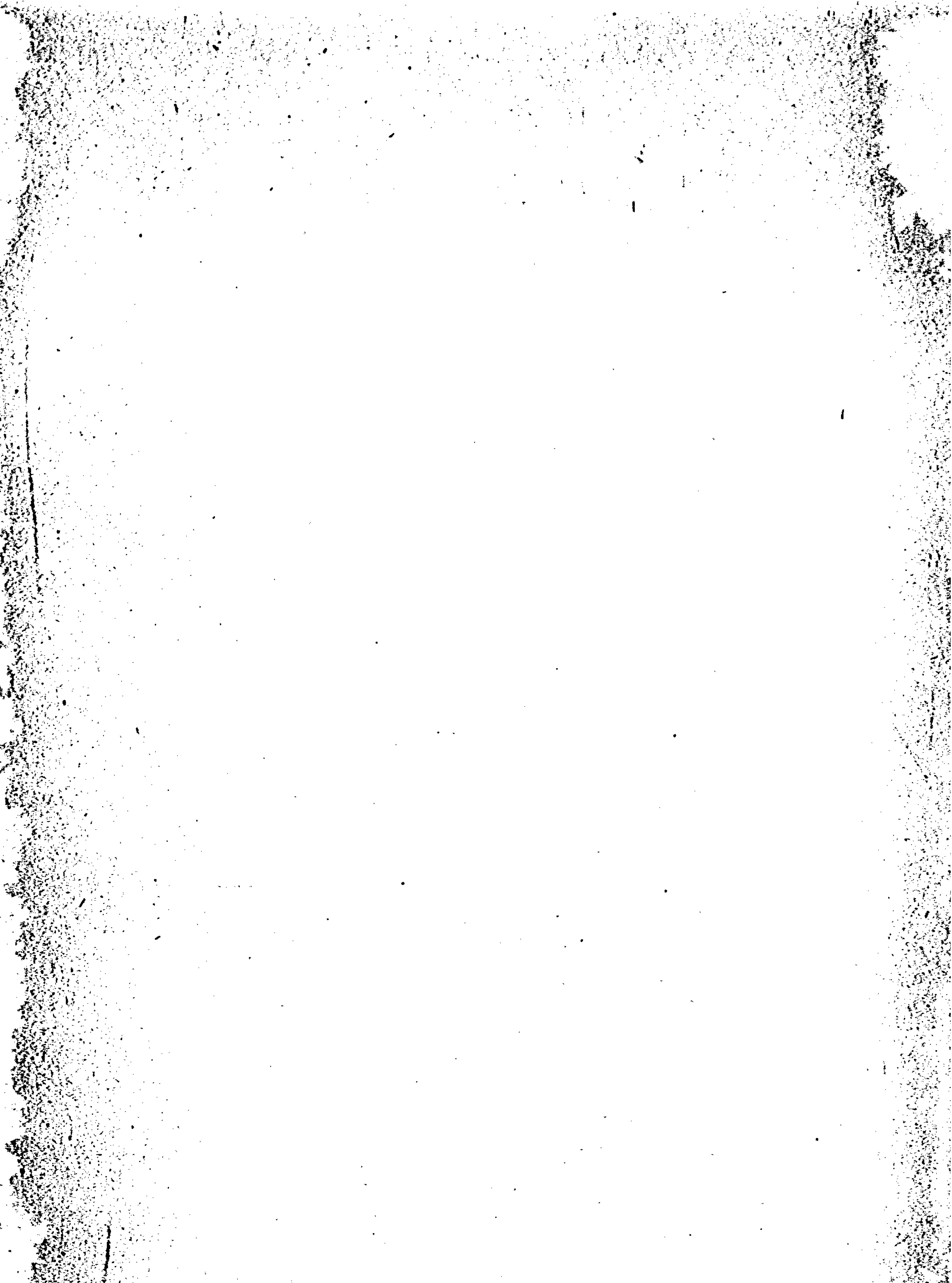
TOULOUSE
IMPRIMERIE SEBILLE
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
—
1910

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le commandant GASSIOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA FAMILLE



A MONSIEUR LE DOCTEUR DIDE

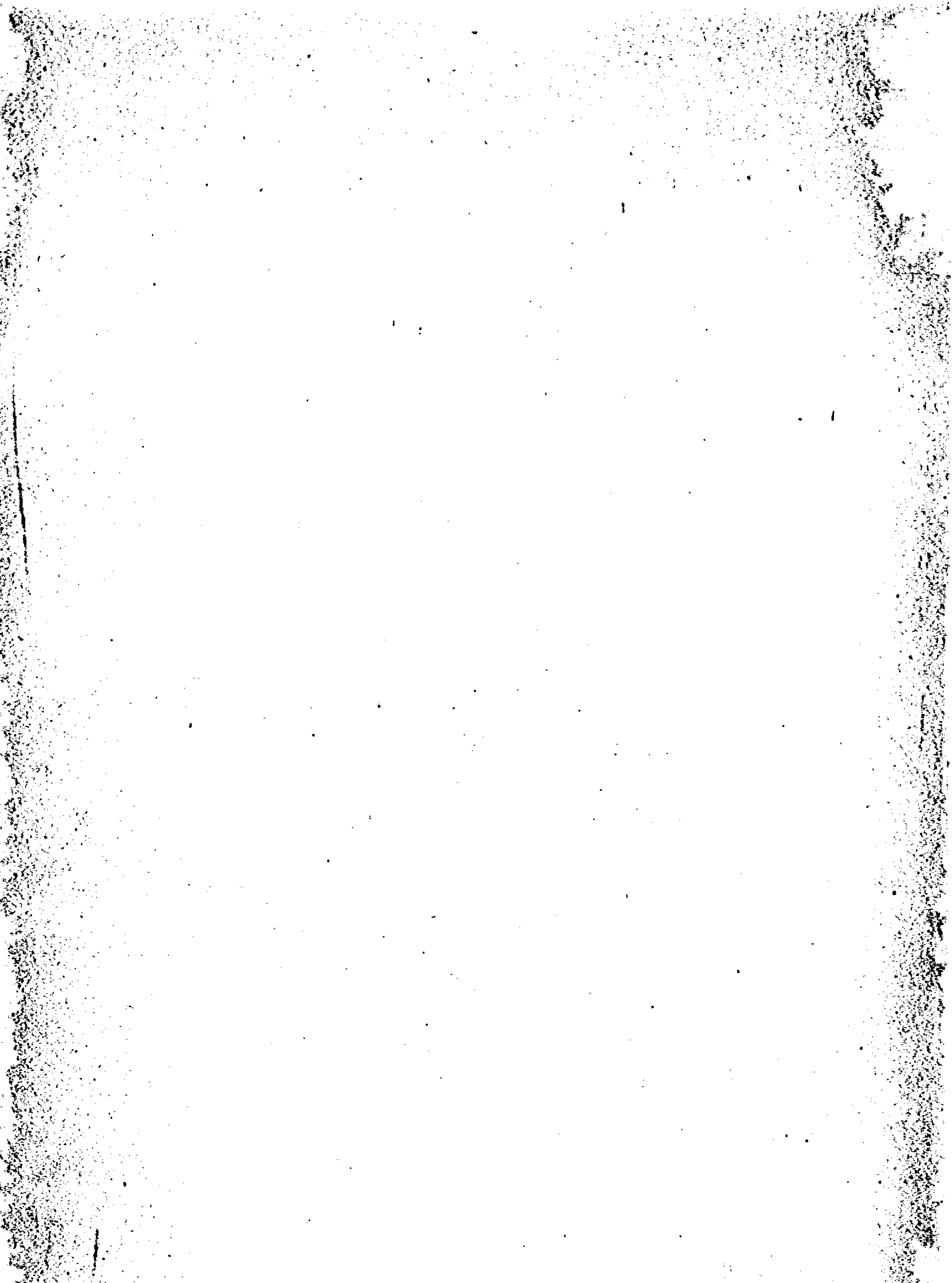
DIRECTEUR-MÉDECIN A L'ASILE DE BRAQUEVILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur RÉMOND (de Metz)

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MENTALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

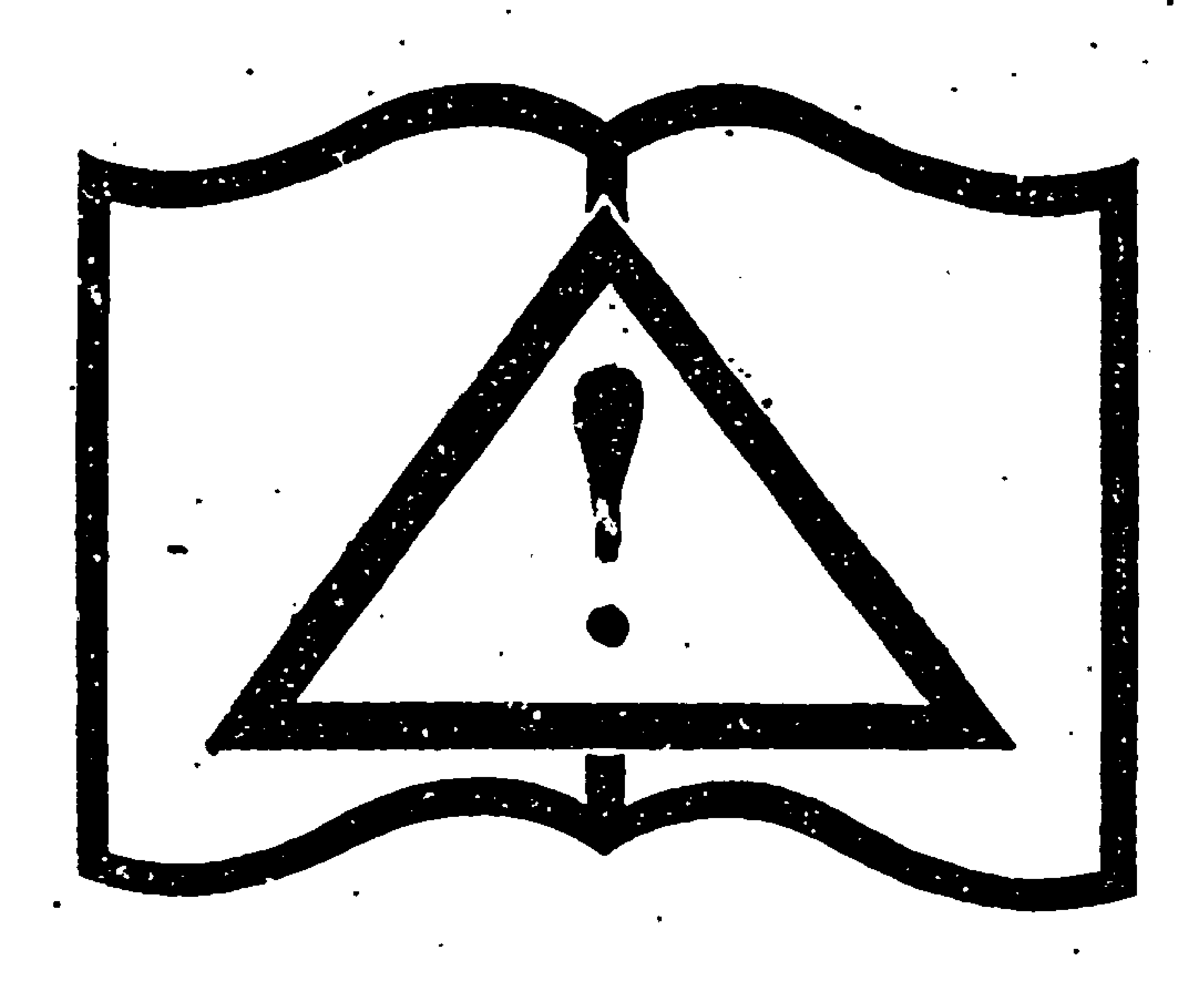


INTRODUCTION

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de témoigner ici publiquement notre reconnaissance envers M. le Dr Dide, directeur-médecin de l'Asile de Braqueville, dont nous avons mis souvent à contribution les conseils et l'expérience et qui a toujours si obligeamment répondu à notre appel. C'est lui qui nous a donné la première idée de cette étude, et c'est inspiré de ses recherches et de ses travaux que nous avons essayé d'aborder ce sujet peu exploré jusqu'à présent.

En raison des troubles mentaux particuliers que présentent les malades observés, nous pensons qu'ils doivent être classés dans la catégorie des psychoses hallucinatoires chroniques.

Nous préférons désigner cette affection sous le nom de « psychose hallucinatoire » plutôt que sous celui de délire hallucinatoire, le terme de délire nous paraît, en effet, s'appliquer plus légiti-



DEBUT DE PAGINATION

mement aux forces systématisées. Or, ici, les malades dont les observations suivent et qu'il nous a été donné d'observer pendant la durée de notre internat à l'asile d'aliénés de Toulouse, nous paraissent appartenir à la catégorie qu'on peut actuellement désigner sous le nom de psychose hallucinatoire chronique. Farnarier, étudiant le passage à l'état chronique de la psychose hallucinatoire aiguë, nous dit, en résumé, que la guérison n'est pas la terminaison fatale de la psychose hallucinatoire aiguë ; celle-ci peut encore passer à la chronicité et à l'incurabilité ; on voit les hallucinations persister, tout en perdant généralement de leur richesse ; le délire, sans mieux se systématiser pour cela, se cristallise en quelque sorte, et ramène à la surface les mêmes conceptions fausses. Enfin, il n'est pas douteux que de pareils cas doivent verser dans la démence, au bout de longues années ; nous nous efforcerons de prouver que fatalement ces malades ne sont pas voués à la démence et que bien au contraire ils conservent intactes leurs facultés intellectuelles. Leurs hallucinations sont aussi nombreuses, elles ne perdent rien en richesse et elles ne s'accompagnent à aucun moment de conceptions délirantes. Ces cas, dont M. Séglas a rapporté un exemple type sont « rares », ainsi que le disait M. Arnaud, à la Société médico-psychologique. Nous avons eu toutefois la bonne fortune d'en trouver quelques-uns ; nous tâcherons de montrer que la

psychose hallucinatoire chronique, est essentiellement caractérisée par de multiples hallucinations, par l'absence de tout système délirant, et enfin, c'est un point sur lequel il convient d'insister dès à présent, par la conservation intacte des facultés intellectuelles. En outre, nous nous permettrons de faire constater que ces malades hallucinés depuis très longtemps, ne sont pas déments, alors que beaucoup d'auteurs confondent à tort ces cas avec la démence vésanique où certaines formes de la démence précoce. C'est l'étude de cette catégorie de malades que nous nous sommes proposés de faire, et voici quel sera le plan de notre travail : après avoir exposé l'historique de la question et discuté la place qu'il convient d'assigner dans la classification à la psychose hallucinatoire chronique, nous en étudierons la symptomatologie, le diagnostic, l'étiologie et la pathogénie.

Je suis heureux de trouver l'occasion d'adresser à M. le Dr Dubuisson, directeur honoraire des asiles, un hommage affectueux et reconnaissant pour les débuts qu'il nous a facilités.

Que MM. les docteurs Coulonjou et Gimbal, médecins-adjoints à l'asile de Braqueville, reçoivent nos remerciements pour l'aide si bienveillante qu'ils nous ont toujours accordée et que notre camarade d'internat, le Dr Carras, reçoive une fois de plus l'assurance de notre sympathie.

Nous n'aurons pas l'ingratitude d'oublier ici

nos professeurs de la Faculté de médecine, nous leurs adressons collectivement l'expression de notre reconnaissance.

Enfin, nous prions M. le professeur Rémond de croire à l'expression de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Étude critique et historique

La psychose hallucinatoire a été confondue en France, avec le délire vésanique; en Allemagne, avec le groupe des Paranoïas, et il a fallu arriver jusqu'à l'année 1895 pour voir M. Séglas rapporter, dans ses leçons cliniques, l'observation d'un malade présentant de nombreuses hallucinations, sans aucun phénomène délirant. Il place la psychose hallucinatoire aiguë à côté de la paranoïa aiguë et de la confusion hallucinatoire, sans toutefois la faire entrer dans l'une de ces deux entités. Quelques années plus tard, Farnarier, inspiré de cette belle observation, décrit magistralement dans sa thèse une psychose hallucinatoire aiguë idiopathique ayant bien une symptomatologie propre, un diagnostic bien net, un diagnostic particulier, dont seule l'étiologie est entourée de bien des obscurités.

Voyons quelles étapes a franchi la psychose hallucinatoire tant en France qu'à l'étranger ; nous indiquerons brièvement, comment on est arrivé à placer en nosologie mentale la psychose hallucinatoire si intimement liée à l'étude du délire vésanique et de la paranoïa aiguë, pour montrer que si les formes de la psychose hallucinatoire ont été soupçonnées par les anciens psychiatres, leur élévation à la dignité d'entité chimique est de date récente, encore que les auteurs ne l'acceptent pas tous à l'heure actuelle.

Divisons donc l'étude historique en trois parties ; dans l'une, les différents auteurs passent pour ainsi dire à côté de la question, sans l'isoler, mais ils en indiquent cependant quelques caractères : *Hallucinations survenant par bouffées, d'une façon tout à fait imprévue, troubles de la conscience secondaire aux phénomènes sensoriels ; enfin, défaut de systématisation.*

Dans la deuxième partie, MM. Séglas, Farnarier et d'autres auteurs, seraient disposés à admettre une psychose hallucinatoire idiopathique aiguë, dans laquelle le « phénomène primitif essentiel serait non plus la désorientation comme dans la confusion mentale, ni le délire comme dans la paranoïa aiguë, mais bien les troubles sensoriels. Il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations. »

Enfin, dans la troisième partie, nous relevons

quelques observations anciennes et récentes de psychoses hallucinatoires passées à la chronicité et où il n'existe pas plus d'affaiblissement intellectuel que de délire.

1° C'est dans le chapitre des bouffées hallicinatoires qu'il faut rechercher la psychose hallucinatoire aiguë, « l'observation clinique nous apprend, écrit Magnan, qu'un grand nombre de délires ont pour principal caractère d'apparaître brusquement, sans préparation aucune, au milieu du calme le plus parfait.

Les idées délirantes se succèdent, s'enchevêtrent, s'entremêlent ; les idées ambitieuses sont contemporaines des idées de persécutions ; elles les précipitent, elles les suivent puis disparaissent pour reparaître ensuite ; les idées hypocondriaques, mystiques s'y joignent pêle-mêle, sans aucun ordre. Ces délires peuvent être exclusivement intellectuels, sans la moindre trace de troubles sensoriels. Quand les hallucinations éclatent c'est presque toujours par bouffées, subitement ; dans ce cas, point de systématisation, au contraire, une confusion extrême des idées, secondaire à l'invasion de la conscience par des hallucinations multiples. »

Les dernières lignes de ce passage indiquent bien que les caractères essentiels de cette affection sont : hallucinations survenant tout à coup, confusion des idées, défaut de systématisation.

C'est également dans le groupe des paranoïas

étudiés à l'étranger et principalement en Allemagne, qu'il faut rechercher les premières traces de la psychose hallucinatoire aiguë, mais cette étude de la paranoïa ne fait pas non plus avancer la question, puisque la paranoïa aiguë des auteurs allemands correspond au délire polymorphe, multiple, sans évolution déterminé des dégénérés de Magnan. — De toutes les formes de paranoïas décrites, seule la Werruckheit d'Hoffmann offre peut-être le plus de ressemblance avec la description clinique de la psychose hallucinatoire aiguë, si l'on prend soin d'en éliminer la systématisation, puisque la Werruckheit est une maladie mentale prenant naissance à la suite d'hallucinations sensorielles, d'interprétations et d'impulsions morbides qui agissent sur le jugement, les sentiments et les actes et peuvent devenir la base d'un système de conceptions organisées.

Krafft Ebing décrit bien un « délire hallucinatoire » mais il n'y a de commun avec ce que nous cherchons à décrire que la dénomination, puisque la Wahnsinn hallucinatoire de Krafft Ebing est un délire peu cohérent, c'est l'analogie de la confusion mentale hallucinatoire aiguë.

La confusion mentale, reprise en France et décrite à l'étranger par Fritsch, Wille, Meynert, Kirchoff, Ziehen, montre la fréquence des hallucinations dans le syndrome confusion ; mais la confusion éloigne encore cette forme de la psychose hallucinatoire aiguë.

2° Ainsi donc, vers 1895, on admettait l'existence d'une paranoïa aiguë, forme à développement rapide, reposant sur une base purement intellectuelle, tandis que les phénomènes sensoriels, inconstants, ne jouent que le rôle épisodique et secondaire, d'une confusion mentale primitive telle que l'a décrite Chaslin avec ses diverses variétés de degré.

En décrivant la paranoïa aiguë, dans ses leçons cliniques, M. Séglas, nous dit « qu'entre tous ces faits rangés en bloc par certains auteurs, soit sous le nom de paranoïa (Werruckheit ou Wahnsinn) aiguë délire d'emblée, polymorphes des dégénérés, soit sous celui de confusion mentale (Verruckheit, amentia, hallucinatorischer Wahnsinn), il semble qu'il existe bien réellement des différences. Aussi est-il plus rationnel de se ranger à l'opinion qui établit entre eux une sélection pour la faire rentrer, suivant les circonstances, dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Je croirais également très volontiers qu'entre la paranoïa aiguë hallucinatoire et la confusion mentale primitive hallucinatoire, il existe des cas de délire hallucinatoire avec confusion secondaire, distinctes des deux formes précédentes. »

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme de 23 ans (leçons cliniques, page 453) chez lequel les hallucinations constituaient le pivot, le fondement de la maladie; il n'y avait pas de délire et l'état de confusion mentale ne semblait pas due à

une sorte d'affaiblissement des facultés intellectuelles; mais se présentait surtout à titre de conséquence directe de la répétition presque incessante des troubles hallucinatoires. L'amnésie consécutive n'existait pas et le début de ces troubles était brusque.

L'impulsion était donnée et on admettait :

a) Une paranoïa aiguë ;

b) Une psychose hallucinatoire aiguë ;

c) Une confusion mentale primitive.

En décembre 1899, Farnarier (Thèse Paris) décrivait longuement une psychose hallucinatoire aiguë, où l'agent pathogène manifeste son influence tout d'abord par la production d'hallucinations sans que la conscience du sujet, ni son état d'esprit, soient sensiblement troublés. Les caractères sont la prédisposition acquise ou héréditaire, la symptomatologie réduite à des troubles hallucinatoires, le pronostic favorable, l'évolution aiguë. Au point de vue clinique, le symptôme capital de cette affection est l'apparition dans une conscience jusque-là normale, d'hallucinations multiples, de tous les sens, mais plus fréquentes dans la sphère auditive, entraînant à leur suite un délire à systématisation nulle ou du moins très imparfaite, où les idées de grandeur, de persécution, mystiques, hypocondriaques, etc., s'entremêlent sans ordre au gré des hallucinations. Il existe parfois un certain degré de confusion, mais épisodique et secondaire.

Ainsi donc, la psychose hallucinatoire aiguë idiopathique est décrite ; elle a sa symptomatologie, son diagnostic, son pronostic.

A la suite de ces deux auteurs les observations se multiplient, c'est ainsi que S. Soukanoff, dans son article « Hallucinoses » *Journal de neuropathologie et de psychiatrie* du nom de S. Soukanoff, tome III, 1906, dit qu'il existe des états psychiques où les hallucinations occupent la première place, et où les idées délirantes sont soutenues par des hallucinations (le plus souvent auditives).

Michaël Lapinsky et Félix Rose rapportent dans (*Neurologie centralblatt*, 15 février 1907, n° 3, page 146 à 154) un cas de délire hallucinatoire transitoire à répétition au cours de la tétanie ; pendant quelques heures et même plusieurs jours le malade présente un état d'agitation extrême en gestes et en paroles, dues à des hallucinations terrifiantes dans le domaine de la vue, de l'ouïe, du goût et des sensations coenesthésiques. Le début et la terminaison de ce délire hallucinatoire étaient brusques.

Seletzki, dans un cas d'hallucinose (*Pshchiatrie contemporaine russe*, juillet 1907). Sanz, un cas de psychose hallucinatoire aiguë (*Revista frenotica espanola*, VII, n° 79, juillet, page 209). Crisson, un cas de psychose hallucinatoire (*Société de médecine mentale*, n° 4, avril 1909, page 115). Brunet et Calmettes, dans un article paru tout

récemment « Un cas de psychose post grippale » (*Encéphale*, 10 octobre 1910, page 291), apportent des cas en plus, puisque leur conclusion est qu'il existe une psychose caractérisée par un syndrome hallucinatoire et ne s'accompagnent pas de démence.

3° Mais si les observations de psychoses hallucinatoires aiguës sont encore assez fréquentes, si nous en retrouvons quelques cas dans la bibliographie, et si même elle a fait l'objet d'une étude spéciale, nous sommes bien obligés, par contre, de reconnaitre que les observations de psychoses hallucinatoires chroniques sont rares.

Seuls, Esquirol, M. Magnan et M. Séglas nous en donnent trois observations.

Dans une remarquable observation, Esquirol fixe la symptomatologie de la psychose hallucinatoire « cette observation offre l'exemple d'hallucination de l'ouïe le plus simple que j'aie observé, seule l'hallucination caractérisait l'affection cérébrale de ce malade ; ses inquiétudes, ses défiances, ses craintes, n'étaient que la conséquence de ce phénomène qui a persisté pendant plus de deux ans, quoique le convalescent ait recouvré le libre exercice de l'entendement ».

Magnan, dans « leçons cliniques » (Paris 1893, page 356), nous montre, d'après Farnarier, le passage de la psychose hallucinatoire à l'état chronique.

Enfin, MM. Séglas et Cotard, le 28 décem-

bre 1908, à la société médico-psychologique, ont présenté deux cas de psychose hallucinatoires chroniques. Il s'agit de deux malades dont les observations ont été recueillies dans le service du Dr Séglas, à Bicêtre, malades qui présentent depuis de longues années de multiples hallucinations (auditives, visuelles, motrices-verbales) et qui, d'après le dire des auteurs eux-mêmes « appartient à la même catégorie qu'on désigne depuis Farnarier sous le nom de psychose hallucinatoire. »

Le premier malade n'est pas rétiscent, il s'étend, au contraire, avec complaisance sur les différents troubles qu'il ressent et qu'il s'efforce de traduire de son mieux ; c'est là son premier caractère ; le second, c'est l'absence de toute tentative d'interprétation ; le malade répète qu'il ne sait, et n'a jamais su ni pourquoi ni comment ces phénomènes bizarres se produisaient ; enfin il n'est nullement dément.

Le second malade, ainsi qu'on peut le voir en se reportant à l'observation, est aussi très halluciné ; il n'interprète pas ses hallucinations, qu'il sait cependant très nombreuses ; il déclare qu'il ne comprend rien à ce qu'il ressent, et si on lui fait remarquer que tout ce qu'il raconte est absurde, il en convient facilement, sans toutefois jamais admettre qu'il s'agit là de phénomènes purement subjectifs. Or, le malade en question, observé pendant une douzaine d'années, est resté

à la fin ce qu'il était au début. Malgré la répétition, la persistance de ses halluninations, ses facultés intellectuelles n'avaient nullement baissé.

En dehors de ce qui avait trait à ses hallucinations, il se rendait même compte de son état. C'est ainsi qu'il préférait vivre à l'asile parce que les mouvements de colère, les jurons, les apostrophes auxquels il se laissait aller lorsqu'il était trop obsédé par ses hallucinations, pouvaient au dehors attirer l'attention. A l'asile, disait-il, au au milieu de fous, je n'ai pas à m'observer à tout instant et cela passe inaperçu. Calme, poli, il travaille régulièrement, cherchant à gagner son petit pécule qu'il donne régulièrement à sa femme pour lui venir en aide; il reçoit avec plaisir ses visites et sort avec elle en permission. Ces auteurs font remarquer qu'il s'agit ici de psychose hallucinatoire, essentiellement caractérisée par de multiples hallucinations, par l'absence de tout système délirant et par la conservation intacte des facultés intellectuelles.

En résumé, nous voyons que si nous cherchons à mettre la psychose hallucinatoire chronique à sa place en nosologie mentale, à la classer parmi toutes les autres affections ayant déjà acquis le droit de cité, nous verrons notre effort s'orienter différemment suivant que la doctrine des auteurs aura pour base, pour substratum, l'étiologie, l'anatomie pathologique en la symptomatologie.

Parmi les classifications étiologiques où tout

oscille autour de la prédisposition plus ou moins marquée du sujet, nous pouvons prévoir que la psychose hallucinatoire figurera parmi les cas où la dégénérescence est la moins marquée; c'est, en effet, le type si l'on veut de la psychose évoluant dans un cerveau valide, il doit en être ainsi, puisque des troubles sensoriels restent élémentaires et ne provoquent dans l'entendement aucune réaction. Les associations d'idées restent normales, et il n'y a pas à proprement parler de délire. Des perceptions sans objets sont décrites par le malade, comme il les ressent, mais ne font pas partie de son substratum mental. Il les décrit comme un simple spectateur ou comme un auditeur presque indifférent, en tout cas très mesuré dans ses réactions. Il faut reconnaitre qu'un cerveau doit-être bien équilibré pour réagir aussi peu vis-à-vis de phénomènes aussi importants.

La conception allemande de la paranoïa n'est pour beaucoup qu'une modification de la dégénérescence, puisqu'on peut dire, peut-être un peu schématiquement, que le cerveau paranoïque a une prédisposition à organiser son délire. C'est donc nettement en dehors et du cerveau dégénéré et du cerveau paranoïque qu'il faut placer la psychose hallucinatoire chronique.

Sous la puissante impulsion de M. le professeur Rémond, une pléiade de jeunes psychiatres a adopté une classification ayant pour base l'anatomie pathologique; le délire est fonction des trou-

bles des éléments anatomiques. On trouve, d'ailleurs, dans l'enseignement du maître que nous venons de citer, des documents assez précis pour nous permettre de placer sans hésitation, la psychose hallucinatoire parmi les affections de la cellule corticale. Mais avec le Dr Dide, nous ne pouvons pas n'être pas frappés, si nous entrons dans cette voie anatomique de l'analogie qui existe entre la psychose hallucinatoire et les troubles de déficits de la sphère auditivo-verbale; ici, les localisations sont bien connues, et nous ne saurions, sans entrer dans des redits d'une banalité qu'on ne nous permettrait pas, rappeler autrement qu'en passant les localisations des différentes formes d'aphasie.

Les cas de surdité verbale pure, sont aujourd'hui classiques, leurs localisations corticales ne font pas de doute, n'avons-nous pas ainsi par analogie une localisation au moins probable de la psychose hallucinatoire. Il faut, pour comprendre cette affection mentale qui n'est peut-être pas aussi rare qu'on le suppose, admettre un trouble passager dans la psychose aiguë, durable ou définitif dans la forme chronique de la sphère auditive. Il faut admettre également que ce trouble demeure cortical, et n'a pas d'influence, ni de retentissement sur les fibres d'associations.

Nous ne proposons cette conception que comme une hypothèse, et comme une hypothèse difficile à contrôler, microscope en main, puisqu'il s'agit

de troubles certainement ténus des cellules nerveuses de la région auditive ; mais nous croyons pourtant avoir le droit de faire cette incursion théorique dans l'inconnu, puisque notre supposition tire des arguments d'une valeur qui n'échappera pas, surtout si on la compare avec les lésions de déficits qui, celles-là, sont bien connues.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder l'étude clinique de la question, de présenter les observations qui nous ont servi de base. « Ce sont des observations bien prises, écrivait M. le professeur Dieulafoy, qui donnent la vie aux travaux morbides ; elles sont le travail d'analyse, sans lequel le travail de synthèse n'a aucune valeur ».

Le premier cas est une observation tout à fait typique d'Esquirol que nous avons recueillie dans *Maladies mentales*, Paris, 1838, t. I, page 160.

OBSERVATION I (Esquirol)

M. N..., âgé de 51 ans, était préfet, en 1812, d'une grande ville d'Allemagne qui s'insurgea contre l'armée française en retraite. Le désordre qui résulta de ces événements détraqua la tête du préfet ; il se crut accusé de haute trahison et, par conséquent, déshonoré. Dans cet

état, il se coupa la gorge avec un rasoir. Guéri de sa blessure, il entend des voix qui l'accusent ; les mêmes voix le poursuivent ; il se persuade qu'il est entouré d'espions, se croit dénoncé par ses ennemis. Ces voix lui répètent jour et nuit qu'il a trahi son devoir, qu'il est déshonoré, qu'il n'a rien de mieux à faire que de se tuer ; elles se servent de toutes les langues de l'Europe qui sont familières au malade ; une seule de ces voix est entendue moins distinctement parce qu'elle emprunte l'idiome russe, que M. N... parle moins facilement que les autres. Au travers de ces différentes voix, le malade distingue très bien celle d'une dame qui lui répète de prendre courage et d'avoir confiance.

Souvent M. N... se met à l'écart pour mieux écouter et pour mieux entendre ; il questionne, il répond, il provoque, il défie, il se met en colère, s'adressant aux personnes qu'il croit lui parler ; il est convaincu que ses ennemis, à l'aide de moyens divers, peuvent deviner ses plus intimes pensées et faire arriver jusqu'à lui les reproches, les menaces, les avis sinistres dont ils l'accablent. Du reste, il raisonne parfaitement juste, toutes ses facultés intellectuelles sont d'une intégrité parfaite.

Rentré dans son pays, M. N... passe l'été de 1812 dans un château, y reçoit beaucoup de monde. Si la conversation l'intéresse, il n'entend plus les voix ; si elle languit, il les perçoit imparfaitement et quitte la société, se met à l'écart pour mieux comprendre ce que disent ces perfides voix, il devient plus inquiet et soucieux.

L'automne suivant, il vient à Paris : les mêmes symptômes l'obsèdent pendant sa route et l'exaspèrent après son arrivée. Les voix lui répètent : « Tue-toi ! tu ne peux survivre à ton déshonneur... — Non, non ! répond le malade, je saurai terminer mon existence lorsque j'aurai été justifié ; je ne lèguerai pas une mémoire déshonorée à ma fille. » Il se rend chez le ministre de la police (Réal), qui

l'accueille avec bienveillance et cherche à le rassurer; mais, à peine dans la rue, les voix l'obsèdent de nouveau.

Confié à mes soins, le malade garde l'appartement, ne trahit point son secret. Après deux mois, il paraît désirer que je prolonge mes visites. Je m'avise d'appeler les voix qui le tourmentent des bavardes; ce mot réussit et, à l'avenir, il s'en sert pour exprimer leur horrible importunité. Je me hasarde à lui parler de sa maladie et des motifs de son séjour, il me donne beaucoup de détails sur ce qu'il éprouve depuis longtemps, il se prête un peu mieux à mes raisonnements, il discute mes objections; il réfute mon opinion sur les causes de ces voix; il me rappelle qu'on montrait, à Paris, une femme dite invisible à laquelle on parlait, qui répondait à distance.

« La physique, disait-il, a fait tant de progrès qu'à l'aide de machines elle peut transmettre les voix très loin. — Vous avez fait cent lieues en poste et sur le pavé, le bruit de la voiture eût empêché vos bavardes d'être entendues. — Oui, sans doute, mais, avec leurs machines, je les entendais très distinctement. » Les nouvelles politiques, l'approche des armées étrangères sur Paris, lui paraissaient des fables inventées pour surprendre ses opinions. Quelque temps après, le siège de Paris a eu lieu; le malade reste convaincu que ce n'est point une bataille, mais un exercice à feu. Il croit qu'on a imprimé les journaux pour lui. Le 15 avril : « Sortons-nous? » me dit-il brusquement et sans être provoqué. A l'instant nous nous rendons au Jardin des Plantes, où se trouvaient un grand nombre de soldats portant l'uniforme de toutes les nations. A peine avions-nous fait cent pas que M. N... me serra vivement le bras en me disant : « Rentrons, j'en ai assez vû; vous ne m'avez point trompé; j'étais malade, je suis guéri. »

Dès ce moment, les bavardes se taisent ou ne se font plus entendre que le matin, aussitôt après le lever. Mon

convalescent s'en distrait par le plus court entretien, par la plus courte lecture, par la promenade ; mais, alors, il juge ce symptôme comme je le jugerais moi-même, il le regarde comme un phénomène nerveux et exprime sa surprise d'en avoir été dupe aussi longtemps.

Cette observation offre l'exemple d'une hallucination de l'ouïe, la plus simple que j'ai recueillie. Seule, l'hallucination caractérisait l'affection cérébrale de ce malade ; ses inquiétudes, ses défiances, ses craintes n'étaient que la conséquence de ce phénomène qui a persisté, quoique le convalescent eût recouvré entièrement le libre exercice de l'entendement.

M. Magnan, dans *Leçons cliniques*, Paris 1893, page 356, nous donne le résumé d'une observation qui montre bien, comme le dit Farnarier, le passage de la psychose hallucinatoire aiguë à l'état chronique.

OBSERVATION II (Magnan)

L..., valet de chambre, est âgé de 47 ans. Sa grand'mère maternelle, morte à 80 ans, a eu des attaques pendant toute son existence. Deux oncles maternels sont buveurs. Le père, ivrogne, est mort hydropique. Son frère aurait des crises d'épilepsie.

Quant à lui, il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; il a fréquenté l'école jusqu'à 11 ans, il sait lire et écrire. Quinze jours avant son entrée, il s'est imaginé qu'une femme avait été assassinée dans la maison de son maître.

Il prétend que C..., chenapan de la pire espèce, lui aurait demandé, quelques jours avant, si cette femme avait de l'argent ; qu'il serait venu une heure avant lui dans la maison. Il s'imagine encore que sa maîtresse a été raconter partout cet assassinat et que tout le monde le soupçonne. Les chuchotements des uns et des autres lui ont fait connaître qu'on l'accuse d'avoir fait le coup ; il jure ses grands dieux et répète à chaque instant : « qu'il a été toujours honnête, qu'il n'a jamais fait de mal à personne, qu'il est trop poltron pour cela, etc... »

Il croit que l'on a profité de son absence pour passer le jugement de l'assassinat commis par C... sur son compte et qu'on l'a endormi avec toute espèce de bouteilles et de médicaments qui l'ont rendu idiot. Les voix lui disaient : « Il y a un crime commis ». Il se demande alors : « Est-ce que l'on disait que c'est moi ? »

Cette phrase, comme une obsession, lui revenait sans cesse à l'esprit ; il se rend parfaitement compte que les voix qu'il entendait n'étaient pas « les voix du peuple », mais celles de rêves. On disait aussi : « Tu as assassiné ton maître pous le voler ». Depuis, convaincu que tous le considèrent comme un assassin, il croit qu'on le regarde avec curiosité, qu'on lui prépare le châtiment. Il n'ose parler à un infirmier et aux malades qui sont ici, qu'il croit reconnaître et qui se sont trouvés autrefois occupés chez les mêmes maîtres que lui. Un jour, il lit dans le *Petit Journal*, un article sur la crémation et, sans cesse, il croit qu'il va mourir.

Il a peur qu'on le brûle : « On lui a dit qu'on allait mettre le feu dans les fourneaux pour le faire crémer ». C'est une femme de Chaillot qui a dit : « C'est malheureux tout de même, il est condamné à la crémation, c'est pour l'éternité ». Il veut hâter la fin de ses tourments et va au-devant de la mort ; il se frappe la tête contre les murs et les angles des meubles, il se l'est frappée également avec un fer

à repasser oublié à sa portée. Puisqu'il faut mourir, mieux vaut en finir tout de suite. A son arrivée à l'infirmerie de l'admission, il a cru qu'on voulait l'empoisonner et a refusé les aliments ; il leur trouvait un goût âcre, puis on avait l'air de dire de lui : « Ah ! il s'est figuré qu'on lui mélangeait une poudre parce qu'il était assassin. Ici, c'est le dernier moment et aujourd'hui c'est son dernier jour, ce sera pire qu'une exécution » ; il est convaincu d'être à Beaujon et reconnaît, dit-il, les jardins.

« Vous m'avez fait venir, dit-il, dans votre cabinet afin que les gens d'alentour puissent entendre ce que je dis. » Les malades refusent de lui parler parce qu'il est accusé d'assassinat ; les journaux parlent de son crime : on l'appelle saloperie. Il croit toujours qu'on lui met du poison dans ses aliments, il éprouve des douleurs d'entrailles, des picotements, des tremblements.

« Je vois bien que c'est fini, dit-il avec tristesse, je vais y passer. »

Nous recueillons dans les *Annales médico-psychologiques* deux cas nouveaux se rapportant tout à fait à notre sujet.

Deux cas de psychose hallucinatoire

Par MM. les Dr[s] SÉGLAS et Lucien COTARD.

OBSERVATION III

K... (Ernest), âgé de 51 ans, est entré à Bicêtre le 6 avril 1894. Il présente de multiples hallucinations.

Voici comment il les exprime :

Ce sont d'abord des hallucinations auditives élémentaires : bruits de sifflets, de fifre, de musique, puis verbales : « Ça vient, dit-il, causer tout doucement comme la voix d'une personne qui serait à côté de vous, ou bien tout d'un coup ça gueule dans les airs : boum ! C'est une voix travaillée, cela dure depuis l'exposition de 1889 ; le début de tout, c'est la voix que je ne comprenais pas. C'est venu avec un tas de saloperies. »

Il entend des voix qui viennent du dehors et d'autres qui viennent du dedans ; ce sont des hallucinations auditivo-motrices. C'est comme un tuyau qu'il a dans le gosier et qui parle ; c'est comme un tramway qu'il a dans la gorge ou dans la tête et qui fait : « coin ! coin ! » Cela lui sort du nez comme un souffle. Souvent, quand il parle, ce n'est pas lui, mais on lui fait remuer la langue.

« Quand je lis mon journal, si je ne lis pas moi-même, çà le lit en changeant de voix ; quand je m'arrête, je sens que çà continue dons le gosier comme la parole même. » C'est comme un tonnerre qui lui sort du ventre. On le force à parler, à dire des choses sales, un « tas de cochonneries ». « Autrefois, quand je travaillais, par exemple, je sentais ma bouche et ma langue qui marchaient et ce n'était pas moi qui parlais : c'était comme si c'était moi, mais je savais bien que ce n'était pas moi. »

D'autre part, K... présente également des troubles de la sensibilité générale : il se plaint de secousses « comme si on lui tirait des ficelles et cela lui saute dans les membres ». « Je lâche des gaz qui ne sont pas réguliers : petits, forts, faibles ; dans l'anus, c'est comme si j'avais un étron qui marche. » Il a dans le corps une espèce de tube qui va de l'anus au gosier ; ce tube se déplace et gueule en même temps. Il se plaint aussi de « la pile » dans les jambes. Cette pile lui produit l'effet d'une « chaudière qui ronge, d'une marmite bouillante », d'une espèce de voile, de fumée, de plaque et çà vient ensuite causer tout doucement, ou bien çà « gueule » tout haut dans les airs.

« Une fois, sur le boulevard de l'Hôpital, ma langue et ma bouche, çà marchait tout seul, c'était comme une « ganache » (ganache signifie, en terme d'argot, mâchoire), et il imite avec ses deux mains un bec qui s'ouvre et se ferme.

K..., d'autre part, n'interprète pas ses hallucinations, personne ne lui en veut, il ne se connaît pas d'ennemis. Les sensations bizarres qu'il ressent, il les constate, il ne les explique pas. Lui demande-t-on, par exemple, pourquoi il entend des voix, il répond qu'il ne sait pas ; comment il se peut qu'il entende des voix, il ne sait pas. Bref, il se borne à constater et à enregistrer ses hallucinations. Jamais, à aucun moment, K... n'a donné d'autre renseignement à ce sujet ; jamais il n'a bâti aucun système délirant.

Ces phénomènes ont duré pendant tout le séjour de K... à Bicêtre jusqu'en 1906, c'est-à-dire pendant douze ans, au bout desquels il est rentré dans sa famille sans aucune modification dans son état.

OBSERVATION IV (MM. Séglas et Cotard)

F... (Maurice), âgé de 25 ans, est entré dans le service du Dr Séglas le 13 juin 1898, après avoir passé quelque temps dans le service du Dr P. Marie, où il avait été admis à cause de ses hallucinations. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ; lui-même s'est toujours bien porté avant sa maladie actuelle. Il était, au dire de son père, d'un caractère vif et volontaire. Il avait jusqu'alors été employé dans une Compagnie d'assurances.

Le début de l'affection remonte au mois de juin 1897. A cette époque, on remarqua un certain changement dans sa manière d'être ; il riait parfois sans raison ou bien restait le nez dans son assiette pendant les repas. Peu de

temps après, il avoua pour la première fois à sa tante, qu'il entendait des voix; ces voix l'appelaient, soit le jour, soit la nuit, et alors il se levait. Quand les voix lui parlaient, il fallait qu'il leur réponde. A la suite d'un séjour de deux mois dans la maison de santé du Dr Pottier, à Picpus, l'état de F... s'était sensiblement amélioré, si bien qu'il pût se remettre au travail; mais cette amélioration ne persiste pas et F... entendit de nouveau des voix. Quand il s'endormait, il croyait voir une personne auprès de son lit. Il croyait qu'on l'électrisait.

F... entra, le 17 novembre, dans le service du Dr P. Marie. Il s'y montra d'abord très tranquille, quoique d'humeur changeante. Au mois de juin, F... commença à refuser de manger, disant qu'il n'avait pas faim. Les jours suivants il manifesta une certaine excitation et notamment tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre. C'est à la suite de cet événement qu'il fut transféré dans le service de M. Séglas.

Interrogé à son entrée, F... raconte comme il suit les diverses péripéties de sa maladie :

Une nuit, dit-il, il a vu comme des traits noirs qui passaient à côté de lui. Il s'est aussitôt réveillé en sursaut, il s'est dit : « Mais qu'est-ce qu'il y a ? Je suis donc halluciné ? » Puis il se souvient d'avoir été se promener aux galeries Lafayette, sur les bateaux-mouches et dans le métro, où il a reçu une décharge épouvantable. Il se sentait alors comme commandé, comme poussé à aller devant lui; il entendait même des voix qui lui disaient : « Je veux que tu ailles là ».

Maintenant il voit souvent trois personnes d'un côté et trois de l'autre; celles de droite disent le contraire de celles de gauche. Ces personnes entrent par les murs. Elles existent, on pourrait les toucher; l'une d'elles est maigre, l'autre grosse, habillée en redingote. Elles prennent souvent la tête d'un député; elles le traitent de fumier, de « Romdibé » *(sic)*.

Parfois aussi F... avait des hallucinations verbales visuelles : il voyait une main écrire sur le mur le mot « m.... », soit en rouge, soit en bleu, soit en noir, ou bien tracer des opérations arithmétiques.

F... sent encore des « pointes électriques qui lui sortent du corps » ; il perçoit souvent des odeurs de vin, de fromage, de raifort iodé, d'iodoforme.

Il voit souvent des bras coupés, des têtes fendues. Il sent dans la poitrine comme un fil tendu du sein au cœur ; il a vu un feu violet qui lui est entré dans le nombril, sa tête change, tantôt elle devient énorme, tantôt, au contraire, toute petite. Il a des mouches devant les yeux ; elles sortent des fleurs du jardin. Il sent du « froid dans les parties ». Il y a des flammes qui traversent le mur et lui entrent dans le dos.

Toute la journée des voix lui parlent. Il en est abruti. Elles lui causent politique ou affaires et, s'il voulait leur répondre, il y perdrait la tête.

Par moments il sent son corps grossir, il a dans la bouche de mauvais goûts.

Nous rapportons dans l'observation suivante, le cas d'un malade qui présente des hallucinations nombreuses et intenses affectant l'ouïe, la vue, la sensibilité générale, se traduisant par des phénomènes d'ordre génitaux et psycho-moteurs; et qui malgré ses quinze années d'internement, ne nous a paru ni affaibli, ni persécuté.

OBSERVATION V (Personnelle)

P... (Joseph), né le 10 décembre 1864, entré à l'asile le 6 août 1895. Rien à signaler au point de vue héréditaire; ses antécédents personnels se bornent à quelques convulsions dans le jeune âge, puis il eut quelques bronchites et enfin il est réformé pour un coup de pied de cheval, reçu au genou droit. Il ne buvait pas d'alcool, pas d'absinthe et se contentait d'un litre de vin par jour.

A été arrêté à Paris devant l'Hôtel-Dieu tandis qu'il sortait de la consultation; on le conduisit au dépôt; là notre malade demande six voitures pour son usage personnel: il entend dire qu'il est un grand personnage et qu'il ne doit plus se contenter de cinq francs qu'il gagnait par jour. A Sainte-Anne, le Dr Magnan fournit sur le malade le certificat suivant: « Idées de persécutions vagues liées à des hallucinations, troubles de la sensibilité générale, excitation, insomnie ».

Transféré à l'asile de Braqueville en 1895, il est noté comme atteint de dégénérescence mentale, idées vagues de persécution, impulsions dangereuses, hallucinations.

En 1898, entend la voix de sa femme qui le traite de maquereau, crapule, canaille; elle ne le quitte pas et la nuit elle vient; il voit des cadavres, des cercueils, des animaux; le malade répond avec volubilité; il est plus communicatif qu'un halluciné vulgaire, s'emporte quelquefois, n'est pas maître de ses impulsions.

En 1899, idées vagues de persécutions; à la suite de ses hallucinations, coléreux; dit qu'il a vu son grand-père, il pense bientôt devenir roi ou empereur, il sera riche, ses voix le lui disent. En 1900, le malade croit entendre autour de lui des êtres imaginaires, c'est à la suite de ces hallucinations qu'il s'agite; il a entendu Dieu lui parler; on

vient de lui révéler une vocation nouvelle et il s'irrite de se voir enfermé. En 1901, délire hallucinatoire avec accès d'excitation. En 1902, hallucinations sensorielles multiples, on lui parle par la langue ; sa femme est dans son estomac ; c'est elle qui le force à parler, il l'entend, il la voit, il la sent, mais elle ne lui en veut pas, il ne comprend rien à cela. Jusqu'à 1910, même excitation mentale ; le malade est toujours très halluciné, il est même dangereux par moments. Il a quelques idées de grandeur ; ses hallucinations sont nombreuses et lui font croire tantôt qu'il est grand seigneur, tantôt qu'on lui en veut et qu'on le persécute par l'intermédiaire de sa femme. Il n'a pas construit sur ses hallucinations d'idées délirantes ; il les admet ; ne cherche pas à se rendre compte d'où elles viennent ; il se souvient parfaitement de toute son existence, des plus petits détails et n'a pas trace d'affaiblissement intellectuel.

Actuellement les hallucinations sont encore excessivement intenses et dominent toute la scène. Le malade s'arrête souvent dans son interrogatoire, il écoute d'autres gens lui causer, d'ailleurs il ne le nie pas et en parle très volontiers. Les voix lui viennent de partout, il entend des hommes ou des femmes, mais c'est surtout sa femme qui parle ; elle l'insulte, lui dit toutes les grossièretés qu'elle peut trouver ; le malade ne veut pas nous les dire toutes, tellement elle en dit ; elle lui cause de Paris et le son est très distinct ; tantôt elle est avenue de l'Opéra, tantôt dans les murs de l'établissement ; quelquefois, elle lui souffle dans l'oreille et elle s'en approche tellement près qu'il est obligé de se les boucher. Puis, tout à coup, c'est le comte et la comtesse de Castelbajac qui se disputent ; puis ce sont des chevaux qu'il voit passer. Presque aussi fréquentes que les hallucinations auditives sont les hallucinations visuelles ; il voit des spectres, des démons, des assassins ; les divers objets qu'il voit lui apparaissent

tantôt agrandis, tantôt plus petits que nature ; ces hallucinations lui apparaissent en plein jour, alors qu'il a les yeux grands ouverts et il voit souvent sa femme qui, presque toujours, a changé de costume pour paraître à ses yeux. Il la voyait encore hier toute habillée en soie, puis, quelques minutes après, elle était en blanc ; elle est quelquefois très propre, d'autres fois pleine de poux et le malade en est dégoûté. D'ailleurs, elle lui joue bien des farces ; jamais il n'a pu l'attraper, elle est fluide et s'envole aussitôt qu'il étend les bras pour la saisir ; une autre fois il voit des figures et, de leurs bouches, il en voit sortir des paroles.

Les hallucinations de l'odorat et du goût ont, chez notre malade, presque la fréquence des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; on le poursuit d'odeurs fétides repoussantes ; ce sont les odeurs de cadavre brûlé, de fumier, de pourriture ; ses aliments ont goût d'arsenic, de phosphore. En outre, il a des sensations de fourmillement, de coups, d'arrachement. Il croit avoir dans le ventre des animaux qui se déplacent ; il accuse les gens de son entourage de se livrer sur lui à des actes érotiques et sa femme n'y est pas étrangère. Il se plaint d'être bousculé dans son lit.

Outre ces voix qui lui viennent de partout et qui parlent à son oreille, on parle par son gosier, on lui fait remuer la langue, il n'entend plus rien, mais, cependant, il comprend et il est obligé de parler. Ce ne sont plus des voix extérieures, mais bien des voix intérieures ; tous ceux qui sont dans son corps le forcent à causer ; il est obligé de s'exécuter et de parler très fort ; il se plaint que sa pensée se formule et lui échappe de la bouche avant qu'il ait eu le temps de la prononcer volontairement ; il sent sa langue remuer malgré lui et elle lui échappe.

Ici nous avons pour ainsi dire toute la gamme des hallucinations (ouïe, vue, goût, odorat, sensibilité générale, génitales, psycho-motrices) ; les hallucinations semblent

bien être le phénomène fondamental, caractéristique, puisque le malade, interné depuis quinze ans, ne présente aucun trouble de l'intelligence et qu'en outre il ne bâtit aucun système délirant et se contente d'enregistrer ses hallucinations, cherchant, sans y parvenir, à expliquer de façon plausible les tourments auquel il est en butte.

Le cas suivant concerne un homme de 52 ans, atteint de délire hallucinatoire depuis seize ans; les troubles sensoriels semblent éclater subitement avec une assez grande intensité, puis au bout de quelques mois, ils disparaissent presque complètement, puisque le malade quitte l'asile; ce qui est intéressant à noter, c'est que le malade a été l'objet de six internements et que le dernier semble se prolonger et ne pas laisser l'espoir d'une guérison immédiate.

OBSERVATION VI (Personnelle)

G... (Barthélemy), voyageur de commerce, 52 ans, bonne instruction, s'est toujours occupé dans les bureaux et se met très vite au courant. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade est célibataire. Sa jeunesse s'est passée sans incidents ni maladies notables et le malade nous donne un aperçu de sa vie d'honnête homme. C'est en 1894 que le malade a commencé à présenter des troubles nécessitant son internement : il était alors voyageur pour une maison de Paris et, à son retour de Bretagne, où il venait d'être envoyé pour traiter avec des maisons de commerce, il devait se marier. Il fut, nous dit-il, dès son arrivée,

convoqué chez le commissaire et interné immédiatement. Le malade, qui est réticent, explique cependant qu'à cette époque il entendait souvent certaines voix qui lui disaient et lui faisaient comprendre qu'il devait entrer dans la police, qu'il y remplirait des fonctions importantes et c'est alors qu'il adressait aux différentes autorités des lettres dans lesquelles il formulait toujours les mêmes revendications. En 1896, il fut interné une seconde fois, car le caractère de ses hallucinations devenait de plus en plus inquiétant. Il menaçait de mort certaines personnes de sa famille ainsi que l'archevêque de Paris, dans le jardin duquel il s'était introduit pendant la nuit.

Remis en liberté vingt mois plus tard, il fut l'objet de trois autres placements, toujours motivés par l'apparition de troubles sensoriels d'une grande intensité sans interprétation de ses hallucinations et sans confusion.

Enfin, le 18 mai 1907, il était rendu pour la cinquième fois à son libre arbitre, mais il recommençait aussitôt sa correspondance et demandait une audience au préfet de police ; voici, en effet, ce que le malade nous raconte : « J'habitais rue du Faubourg-Saint-Martin et le métier de voyageur me fatigant, j'avais résolu de vendre des petits produits destinés à enlever des taches d'encre ; j'étais certainement, à cette époque, poursuivi par une cabale montée par des correspondants et des voyageurs de commerce ; ils ne me faisaient entendre que des choses désagréables et ils me poursuivaient enfin avec leurs voix ; ils me disaient sans cesse : « Flanque six balles de revolver au préfet et c'est la seule façon d'avoir la paix ». Désirant avoir la paix, j'écrivis une lettre au préfet en lui faisant connaître ces faits et en le priant de faire cesser le bruit que j'entendais. » Le 5 mai 1910, il est interné pour la sixième fois et le certificat médical du Dr Magnan nous fait connaître que le malade « présentait alors des hallucinations, des idées vagues de perception ; il était poussé

parfois à des actes de violence qu'il réprouvait. Pas de confusion ».

Le 10 mai 1910, il fut transféré à l'asile de Toulouse et on constatait que ce malade présentait alors des hallucinations auditives sans affaiblissement intellectuel. Depuis lors, ce malade est employé dans les bureaux où il rend de notables services, il s'est mis très vite au courant du service, il est très affable, très respectueux et ne cherche qu'à se bien faire voir.

L'interrogatoire poussé à plusieurs reprises nous permet d'affirmer que ce malade n'a encore aucune idée délirante systématisée : ses hallucinations sont encore très intenses ; il s'arrête de temps à autre dans la conversation et a le faciès d'une personne qui semble entendre des voix venant d'un autre endroit ; il nie toute hallucination visuelle, mais ses aliments n'ont pas toujours bon goût et il sent quelquefois des odeurs de soufre, d'œufs pourris

Les hallucinations auditives paraissent revêtir de préférence une teinte ambitieuse ; il a entendu dire qu'avec les produits dont il disposait pour enlever les taches d'encre, il arriverait à amasser une fortune considérable et qu'il vivrait largement. D'autres fois, on lui annonce que les voyageurs de commerce qui le tracassaient jadis sont sur le point de recommencer à le tourmenter ; il est inquiet de ces menaces, se demande pourquoi on le poursuit ainsi. Ces hallucinations font d'assez fréquents retours offensifs, puisqu'il cause fréquemment avec des personnes étrangères et qui ne sont pas dans l'établissement. Le malade semble ignorer, malgré l'apparence de sa lucidité, le caractère morbide de ses hallucinations. Il affirme entendre les voix absolument comme il entendrait celles d'interlocuteurs réels ; tantôt elles monologuent, tantôt elles dialoguent ; le malade prend part à la conversation, mais il ne bâtit pas là-dessus ni un délire de persécution, ni un délire interprétatif et cependant les hallucinations sont con-

tinuelles et durent depuis 1894. Nous nous bornons à signaler que l'examen somatique ne nous a donné rien d'intéressant à signaler.

Donc on a affaire à un malade qui, depuis seize ans, a été l'objet de six internements qui ont toujours été motivés par quelques réactions un peu vives produites par des hallucinations auditives. Il n'a aucune interprétation délirante et il n'est plus besoin d'ajouter que ses facultés intellectuelles sont bonnes et qu'il fait même preuve d'une certaine facilité de travail.

Voici maintenant un homme de 71 ans. Après une légère période prodromique assez indécise, caractérisée surtout par des inquiétudes vagues, le raptus hallucinatoire éclate avec une grande intensité; les idées de persécution érotiques se coudoient, s'entremêlent, se succèdent sans aucune autre raison que le contenu variable des hallucinations; le malade est à l'asile depuis 50 ans et sa guérison ne semble pas prochaine.

OBSERVATION VII (Personnelle)

M... (François), âgé de 71 ans, à l'asile de Braqueville depuis 1861, c'est dire que le malade est interné depuis l'âge de 20 ans; ne présente rien de particulier du côté paternel, la mère du malade serait morte assez jeune de tuberculose.

Deux frères encore bien portants et une sœur morte récemment d'un cancer.

Dans son passé pathologique nous ne relevons comme maladie grave qu'une fièvre typhoïde pendant la jeunesse

avec violent délire. Quelques mois avant son internement, ce malade, jusque-là bien portant, a présenté de notables modifications de caractère ; il est devenu triste, soupçonneux ; il eut avec des camarades de petites discussions ; les enfants le suivaient dans la rue ; les grandes personnes le montraient du doigt et cependant « il n'avait rien fait d'extraordinaire ».

Un matin qu'il allait à son travail, il entendit la voix d'un camarade de première communion qui lui conseillait de porter plainte à la préfecture de police ; il se retourna aussitôt et ne vit personne ; plus tard, il prend un couteau pour se protéger contre un individu qui le poursuivait ; il voit sur les boulevards des gens qui sont postés derrière les arbres et qui lui paraissent avoir de mauvaises intentions. Les hallucinations se précisent bientôt, les oreilles lui sifflent, il entend des cloches, des voix, on lui cause distinctement ; le malade est dans un état de crainte et d'anxiété, il a quelques réactions violentes qui nécessitent son internement.

A son entrée à l'asile, il présente un « délire polymorphe avec idées de persécution, mystiques, ambitieuses, érotiques » ; il est très halluciné ; il entend des mots (hallucinations auditives verbales) ; les voix lui paraissent lointaines quelquefois, mais le plus souvent proches ; il les perçoit par les deux oreilles ; il a les attitudes d'une personne qui écoute et se tourne vers son interlocuteur imaginaire.

Il a quelques craintes d'empoisonnement ; il pense qu'on lui met des « choses dans ses aliments ».

Il présente une vive excitation génitale, on est obligé de l'isoler pendant quelque temps. Il entend encore la voix de ce camarade de première communion qui lui conseille de se défendre ou de se sauver. Il n'a pas d'hallucination de la vue, mais ses aliments ont une saveur désagréable. Les insultes poursuivent le malade partout ; il entend des bruits de trompette et de tambour ; il essaye de s'évader

pour échapper à tout ce qu'on lui fait pour le rendre fou ; il est inquiet de toutes ces menaces, mais il ne bâtit pas le moindre système délirant avec les matériaux ainsi fournis à son esprit, il accepte volontiers l'hypothèse que les voix qu'il entend sont le résultat de phénomènes morbides. Les différents certificats datant de cette époque se résument en ceci : « Idées confuses de persécution, de grandeur, hallucinations auditives persistantes, pas d'affaiblissement intellectuel, pas de systématisation délirante. »

Les notes médicales permettent de suivre le malade d'année en année ; elles nous le montrent comme très halluciné, mais n'interprétant pas ses hallucinations ; il sait qu'on lui en veut, mais il ne sait pas qui, il ne se connaît pas d'ennemis ; il a bien quelques sensations bizarres, mais il ne saurait en donner une explication ; il a quelques réactions violentes, il le sait, il le reconnaît ; « on l'ennuie tellement, dit-il, qu'il est obligé de se défendre quelquefois ».

Tous ces phénomènes ont duré pendant le séjour de M... à l'Asile, c'est-à-dire jusqu'en 1910 et son état actuel ne semble pas présenter de modification.

Le malade se soumet volontiers à l'interrogatoire, il nous raconte son existence, précisant des détails d'ordre personnels et faisant preuve, malgré ses 71 ans, d'une bonne mémoire.

« La nuit, nous dit-il, on me réveille souvent en me frappant et je suis obligé de passer des nuits blanches pour éviter ces coups de poing que je reçois et dont je ne porte pas de traces extérieures. On m'empêche souvent de respirer, mais ce sont surtout les voix que j'entends qui m'agacent ; je crois toujours que c'est le 1er avril, car, bien souvent, j'ai vérifié ce que j'entends et jamais ce n'était vrai ; on m'appelait souvent aux portes, j'y allais et je ne voyais personne. Quand, autrefois, je pouvais travailler, on m'a dit de me sauver et on me le répétait avec tant d'in-

sistance que j'ai fini par m'évader. Les voix qui me causent sont des voix d'hommes, de femmes, des voix de personnes que j'ai connues autrefois. Je crois cependant que tout cela n'est pas vrai et, malgré tout, je me mets encore souvent en colère quand on m'insulte. »

Outre ces hallucinations auditives, le malade reçoit des secousses électriques dans l'estomac, sur la tête, dans les bras ; on lui donne des gifles et on lui envoie des effluves (troubles de la sensibilité générale). Les hallucinations olfactives sont aussi évidentes et tenaces ; de tout temps on lui a fait respirer du soufre.

Il présente aussi quelques hallucinations du goût (on cherche à l'empoisonner). Jamais il n'a eu d'hallucinations de la vue : « Jamais je n'ai vu les gens qui me parlaient et cependant j'étais bien certain qu'on me causait, je reconnaissais même les voix quelquefois. »

De temps à autre cependant on constate quelques interprétations délirantes, mais sans importance ; c'est ainsi que le médecin a placé son infirmier dans le quartier pour le surveiller spécialement ; les autres gardiens, de temps à autre, le regardent de travers, ils n'ont pas vis-à-vis de lui tous les égards qu'ils devraient avoir ; il se demande avec anxiété pourquoi, de temps à autre, il est servi le dernier, etc...

Ces interprétations sont tout à fait épisodiques et disparaissent rapidement, cédant vite le pas aux hallucinations.

On ne trouve pas, chez ce malade, d'hallucinations psycho-motrices, il n'a pas non plus d'obsessions, pas d'impulsions ; pas de stigmate physique de dégénérescence.

Malgré la répétition, la persistance de ses hallucinations, les facultés intellectuelles de ce malade n'ont nullement baissé. En dehors de ses hallucinations il se rend parfaitement compte de son état ; il sait que sa place est plutôt à l'Asile qu'au dehors ; « ici, au moins, dit-il, je puis causer tout seul et je n'ai pas besoin de m'observer ».

La mémoire et l'imagination ne sont nullement affaiblies; les sentiments affectifs ne sont pas émoussés; le jugement persiste, le malade acquiert encore les idées nouvelles avec facilité et il est capable de comprendre ce qui sort des habitudes routinières de l'existence; il travaille encore, ne manque pas de précision et de lucidité dans ses affaires; le caractère ne s'est pas modifié. Il n'a pas ce rabâchage constant d'histoires interminables, fatigantes à entendre; il ne commet aucune erreur de chiffres et de calcul, pas de lacune et de trous vides dans la mémoire.

L'aspect physique du malade nous donne les renseignements suivants : de taille ordinaire, bien conformé, pas d'asymétrie faciale; oreilles bien conformées, le pavillon est bien ourlé; voûte palatine peu ogivale; dentition bonne encore.

Système circulaire. — La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, pas de souffle, le deuxième bruit un peu claqué à l'orifice aortique; pouls régulier, légèrement hypertendu, les vaisseaux manquent un peu de souplesse; les temporales sont un peu saillantes et sinueuses.

Système respiratoire. — Ne tousse pas et les signes stétoscopiques permettent d'affirmer que ses poumons sont indemnes.

Système digestif. — Langue bonne; pas de dilatation d'estomac; foie normal, ne débordant pas; mange bien, ventre souple, selles régulières, pas de constipation.

Système uro-génital. — Ni sucre, ni albumine, rien à signaler.

Système nerveux. — Pas de troubles de la marche ni de la station debout; pas de tremblements, ni de la langue, ni des doigts; réflexes rotuliens normaux; pas de troubles de la parole, pas de céphalées, localise et perçoit bien.

Du côté des organes des sens, l'audition est bonne; les

pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation : l'acuité visuelle est conservée, les pupilles sont égales.

En résumé, c'est un malade qui a passé presque toute son existence dans un asile (il y est entré à 20 ans et il a maintenant 71 ans) et nous pouvons admettre qu'il s'agit bien là d'une psychose hallucinatoire passée à l'état chronique, c'est-à-dire caractérisée essentiellement par des hallucinations multiples, par l'absence de tout système délirant et par la conservation intacte de ses facultés intellectuelles.

L'observation suivante est celle d'une femme, la seule d'ailleurs que nous ayons trouvée se rapportant à notre sujet.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Mme G..., née D..., est née le 18 mai 1865 ; elle reçut peu d'instruction, se maria jeune ; de son mariage elle eut deux enfants du sexe masculin, bien portants.

La mère de la malade mourut d'une attaque d'apoplexie ; son père vit encore et n'a aucune infirmité malgré son grand âge.

Réglée à 12 ans, elle avait des migraines fréquentes, surtout au moment des règles ; elle ne se souvient pas avoir été malade dans sa jeunesse.

Internée en mai 1900, il est difficile de fixer assez exactement l'époque d'apparition des premiers symptômes d'aliénation mentale, toutefois d'après la malade et surtout d'après les renseignements pris auprès du père et du mari de Mme G..., elle entend des voix depuis au moins quinze ans ; elle n'a eu des réactions dangereuses que dans

ces dernières années, car elle obéit à ce qu'elle entend ; elle a essayé de frapper sa mère à plusieurs reprises.

Dans la nuit, elle ne reposait que quelques instants et elle se figurait que des personnes se rendaient auprès d'elle pour lui faire du mal.

Elle injuriait les voisins et, par moments, elle criait à tue-tête. Elle ne voulait plus rien faire et tous les jours elle quittait la maison pour se rendre en ville, disant qu'elle allait trouver la police pour s'emparer des personnes qui l'insultaient pendant la nuit et qui l'empêchaient de reposer ; elle disait encore que sa belle-mère ouvrait la porte à des individus qui entraient la nuit dans sa chambre pour coucher avec elle. On lui portait des cadavres dans des caisses que l'on allait chercher au cimetière.

Tels sont les renseignements que nous avons pu recueillir au sujet de la malade.

C'est donc vers 1895 que remonte la maladie ; au début, il semble qu'il y ait eu d'abord des interprétations délirantes ; la malade trouvait qu'on s'occupait trop d'elle, tout, dans sa demeure, était bouleversé quand elle rentrait, des gens venaient la voir très souvent et épiaient tout ce qu'elle faisait ; elle entendait beaucoup de bruit dans la rue et pensait que tout le vacarme n'était fait que dans le but de l'ennuyer.

Peu de temps après elle entendit des sifflets, des bruits divers qu'elle ne put définir ; puis, bientôt, les voix se précisèrent et devinrent menaçantes et injurieuses pour elle ; on lui donnait les mots les plus orduriers et on lui faisait savoir que son mari la trompait fréquemment et vivait avec des « concubines ». Ces voix venaient un peu de partout, de terre, des murs, des placards, des cheminées, c'étaient des voix de femmes, des voix d'hommes, elle les entendait par les deux oreilles.

Les interprétations fausses persistaient également, mais sans se systématiser ; les moindres gestes de son mari en

particulier avaient aussitôt une signification, elle pensait toujours qu'il la trompait.

Ces voix, très distinctes, venaient cependant de personnes encore invisibles.

Puis, bientôt, apparurent d'autres hallucinations et des troubles de la sensibilité générale.

Son mari qui, jusqu'alors, ne lui avait causé de cette façon particulière, commença aussi à l'injurier; il lui reprochait de ne pas assez travailler, puis il lui fit savoir qu'ayant assez d'elle, il allait avec d'autres femmes.

En 1900, les hallucinations redoublent; la malade a quelques réactions assez violentes pour nécessiter son internement. A l'Asile on lui cause dès son arrivée, on la menace, on la terrorise; les hallucinations auditives se font plus nombreuses et elle raconte que son mari la fait poursuivre par une bande d'individus, mais elle ne précise pas et ces accidents délirants s'estompent rapidement pour ne laisser bien en évidence que des hallucinations de toute sorte.

Les différents certificats de cette époque nous font savoir qu'alors la malade présentait comme principaux symptômes quelques interprétations fausses, des craintes imaginaires, un état hallucinatoire généralisé, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, pas de systématisation bien apparente, quelques vagues idées de jalousie contre son mari; il vit avec des femmes qui lui ont donné des maladies honteuses; elles le font boire, il est très faible de caractère, il est obligé de les suivre et de faire ce qu'elles lui commandent. Mais surtout elle entend son mari et même elle le voit de temps à autre; il vient dans le quartier où est en traitement la malade, elle l'entend à l'étage au-dessus d'elle, il se cache dans les murs et il l'appelle; il va au grenier avec les femmes qu'il amène et lui fait signe de monter. De temps à autre, elle sent de mauvaises odeurs, elle ne sait trop qui accuser. Les facultés intel-

lectuelles sont intactes; la malade s'occupe, travaille et rend bien des petits services.

Pendant les années suivantes, les hallucinations sont toujours aussi intenses, surtout du côté de l'ouïe, de la vue et de l'odorat; les voix viennent de personnes situées à droite, à gauche, en face; elles l'insultent et lui tiennent des propos érotiques. La malade ne réagit pas et demande souvent sa sortie pour retrouver son mari qui ne « cesse de la réclamer ». La systématisation n'est pas plus apparente et il n'y a pas trace d'affaiblissement intellectuel.

En 1906, on ne note aucun changement dans les hallucinations qui sont toujours aussi actives et variées.

La malade a toujours quelques interprétations délirantes ; pas d'affaiblissement intellectuel.

En 1908-1909, toutes les notes prises à cette époque ne font que confirmer celles du début et se résument à ceci : « Hallucinations de l'ouïe, de la vue, pas de systématisation, pas d'affaiblissement intellectuel. »

Depuis le début de l'année 1910, nous avons pu suivre avec beaucoup d'intérêt la malade, mais elle ne nous a pas semblé avoir présenté des variations importantes dans les symptômes de sa maladie si ce n'est une extension progressive des hallucinations qui sont actuellement de plus en plus nombreuses.

Nous ne retrouvons pas, chez cette malade, un thème délirant même très banal ; tout ce qu'elle présente est un peu flou, peu vivace ; elle n'est pas jalouse de son mari, elle lui pardonne ; elle n'est pas non plus poursuivie par cette bande d'individus qu'elle a prétendu avoir entendu dès son entrée à l'Asile ; ici donc pas d'idée délirante systématisée, mais ce qui domine la scène, ce sont les hallucinations ; du côté de la vue, il semble que la malade présente des hallucinations, puisqu'elle affirme voir son mari et quelquefois les personnes qui lui causent, mais à l'ordinaire, chez les malades de cette catégorie, les hallucina-

tions de la vue sont rares et sont en général élémentaires. La malade se sent violée la nuit par les personnes qui lui causaient dans le jour et elle en est révoltée ; on la bouscule et il ne passe pas de nuit sans que son lit ne soit remué et bouleversé. Du côté de la sensibilité générale, nous retrouvons également des hallucinations ; on lui envoie des décharges électriques et elle a des sensations de chaleur, de piqûres. Enfin surtout viennent les hallucinations auditives qui occupent encore ,chez la malade, la première place. Quel que soit le lieu où elle se trouve, la malade entend des voix, celles de son mari et des autres personnes ; elles sont presque continuelles ; elles viennent de n'importe quel endroit, de dessous terre, des murs, du plafond ; elle les entend par les deux oreilles et elles lui font part de toutes sortes de projets.

Les hallucinations ont parfois un caractère pénible, nous avons d'ailleurs déjà dit qu'on l'insultait ; tantôt, au contraire, on la défend.

La conscience n'est pas du tout obnubilée ; la femme D... sait qu'elle est malade et que c'est pour cela qu'on l'a amenée ici ; elle déclare ne pas trop savoir ce que signifient les voix qu'elle entend et nous dit qu'elle n'y comprend pas grand'chose.

De constitution robuste, cette malade laisse deviner, par son aspect extérieur, qu'elle a des organes sains ; en effet, nous faisant un devoir de faire un examen somatique complet, nous avons consigné ce qui suit :

Appareil circulatoire. — Pointe bat dans le cinquième espace ; premier bruit normal ; rien aux autres orifices ; pouls régulier, pas de palpitations.

Appareil digestif. — Denture assez mauvaise, voûte palatine assez profonde, langue bonne, estomac pas dilaté, pas de constipation.

Appareil urinaire. — Rien à signaler, urine claire, réaction acide, ni sucre ni albumine, 2 litres en 24 heures.

Organes des sens. — Vision bonne, pas de ptosis, léger statisme divergent, réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation normaux ; oreilles bien conformées ; lobule adhérent ; nez de conformation normale, pas d'anosmie ; sensibilité tactile et stéréo-gnostique conservée.

Motilité. — Pas de tremblement des doigts, des mains, ni de la langue ; pas de paralysie, pas de convulsions, pas de troubles de la marche ni de la station debout.

Appareil génital. — Règles encore conservées, normales, mais déterminant de violentes migraines.

Sensibilité subjective. — Sensibilités tactile, douloureuse, thermique, musculaire, osseuse conservées.

Réflexes patellaires égaux et normaux, pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de Babinsky.

Enfin je terminerai cette observation en insistant d'une façon toute particulière sur ce fait que la malade ne présente pas de symptômes de démence.

La malade n'est certes pas très âgée, puisqu'elle est née en 1865, mais le début de sa maladie remonte cependant à une quinzaine d'années au moins ; la malade est toujours comme au jour de son entrée dans l'établissement ; elle est très propre, très alerte, très soignée ; ses vêtements sont parfaitement en ordre et elle ne présente aucune trace d'affaiblissement intellectuel ; elle ne monologue pas et jamais on n'a remarqué chez elle de stéréotypie, de costumes bizarres, d'attitudes, de gestes, de paroles, de langage particuliers ; ne présente aucun néologisme.

Les sentiments affectifs sont très bien conservés, elle nous parle avec respect de ses parents, de sa famille et regrette de ne pouvoir voir son mari plus souvent ; elle ne lui en veut pas trop et fait tous ses efforts pour lui faire changer d'idées ; elle se souvient du nom des différentes personnes employées dans l'établissement, précise certaines dates, ne se trompe pas dans les petits calculs que nous lui faisons faire et, somme toute, fait preuve d'une grande activité intellectuelle.

En somme, c'est une malade internée seulement, il est vrai, depuis dix ans dans l'établissement, mais qui entend des « voix » depuis plus de quinze ans. On ne constate pas, chez elle, d'idées délirantes systématisées et elle ne présente pas d'affaiblissement intellectuel, pourtant si fréquent chez les aliénés chroniques.

Notre malade est un homme de 62 ans; comme on le verra, il a eu quelques habitudes d'intempérance anciennes et ce fait, joint à l'aspect des troubles délirants qui motivaient son internement, fit porter tout d'abord le diagnostic de délire alcoolique que l'évolution de la maladie ne tarda pas à faire réformer.

OBSERVATION IX (Personnelle)

S... (Charles), né le 8 juillet 1848, entre à l'Asile à l'âge de 27 ans, le 5 août 1875; s'est marié à 23 ans, a eu un enfant, lequel vit et est en bonne santé; a fait son service militaire.

Nous n'avons aucun antécédent héréditaire à signaler. Comme antécédents personnels, nous n'avons à noter que des habitudes d'intempérance. Il n'a jamais commis d'excès alcooliques considérables, il n'a jamais eu d'accès de *delirium tremens*, mais la quantité de vin et d'alcool qu'il prenait journellement était assez notable; il eut quelques troubles gastriques assez graves et, de lui-même, il se mit à la diète pendant quelques mois, mais, sitôt rétabli, il se remit à boire et ces nouveaux excès paraissent avoir joué un rôle assez important dans l'apparition des premiers troubles mentaux, car le malade est bientôt arrêté

pour coups et blessures (après une partie de cartes avec des amis). Condamné à trois mois de prison, il ne revint, dit-il, jamais ni de la peine, ni de la frayeur occasionnés par cette accusation et il pense que c'est là que doit être recherché l'origine du mal. Il se considère, dès lors, comme indigne de vivre avec sa femme ; l'idée de suicide le poursuit et, peu après, il se porte un coup de rasoir à la gorge ; il se fait une entaille de 6 à 7 centimètres de longueur, ne veut rien manger, ne dort plus et se désespère des différentes malformations de son enfant, dont il s'imagine être la cause (cet enfant est de sexe masculin et il croit que ses organes génitaux sont ceux d'une fillette).

Le malade commence à devenir inquiet ; il a quelques interprétations délirantes ; ses amis changent d'attitude vis-à-vis de lui ; il accuse les gens d'essayer de l'empoisonner ; le médecin traitant lui prescrit divers remèdes ; les phénomènes hallucinatoires ne tardent pas à apparaître et des voix l'insultent, le traitent de « cochon, sale canaille » ; elles le poursuivent partout, dans la rue comme chez lui ; il fait une fugue, mais les voix continuent à s'entretenir avec lui ; on lui dit qu'il est un imbécile, qu'il ne sait rien faire ; il entend, à l'égard de sa femme et de son enfant des grossièretés ; on lui fait sentir des odeurs de phosphore et d'acide prussique et il croit qu'on a mis aussi de ces substances dans ses aliments, car il ne peut plus les avaler.

A cette époque (août 1875), on constate, à son entrée à l'Asile, une dépression mentale notable, un certain degré d'alcoolisme, des troubles sensoriels, plus particulièrement des hallucinations de l'ouïe, le malade répond péniblement à certaines questions ; il ne dort pas et il est très préoccupé par les voix qu'il entend.

Plus tard, les notes médicales le signalent encore comme très halluciné ; toujours sous l'impulsion de ces voix, il a des alternatives de calme et d'agitation qui le rendent dan-

gereux, il a conservé toute son activité intellectuelle, il n'a aucune idée délirante systématisée.

En 1897, impulsions dangereuses, tentatives de suicide; il entend des ennemis qui essayent de l'empoisonner.

En 1898, pas d'amélioration; très halluciné, menace de se venger.

En 1899, est toujours noté comme ayant conservé toute sa lucidité, difficile à maintenir, veut se venger des insultes qu'il entend.

D'année en année nous avons pu suivre ainsi, grâce aux notes médicales, le malade jusqu'à maintenant; nous nous contenterons d'en faire un résumé fidèle : « Hallucinations auditives, de la sensibilité générale, de l'odorat : on l'empoisonne avec de l'acide phosphorique; on lui cause du dehors de sa chambre d'isolement, il est parfaitement sûr de ce qu'il avance. On lui dit qu'il est une victime, on lui déclare qu'il est fou; il passe ses journées à écouter ses voix; il s'inquiète de toutes ces menaces et se demande pourquoi il est ainsi poursuivi. Il proteste contre son internement et a des périodes d'excitation assez fortes; on lui énumère les différents supplices qu'il doit subir, mais sa conscience reste intacte; quelques idées vagues de persécution, mais, ainsi que nous le verrons, ce délire ne s'est nullement systématisé et il n'y en a plus trace aujourd'hui. »

Actuellement, le malade a toujours des réactions assez vives, on lui commande de faire du bruit pendant la nuit, on lui conseille de s'évader et il nous affirme que ce sont bien des voix comme la nôtre qu'il entend. « Elles m'entreprennent surtout la nuit, je leur réponds très souvent; pendant le jour elles ne me laissent pas tranquille et elles me tiennent toujours compagnie.

Il manifeste encore des craintes d'empoisonnement, ses aliments ont bien souvent mauvais goût et toutes ces « odeurs d'acide prussique et de phosphore, nous dit il,

ne les comptez-vous pour rien ? » D'autre part, S... se plaint des troubles de la sensibilité générale ; il reçoit des secousses dans les bras, dans les jambes ; il accuse les fils électriques d'être peut-être la cause de tout cela, mais il n'en est pas sûr ; on le brûle et çà lui donne des crampes dans les mollets ; il sent des points électriques qui lui tordent le corps.

Il nous dit ensuite avoir vu deux ou trois fois des femmes rentrer dans sa cellule ; « il y en avait de toutes les catégories, les unes étaient jolies et les autres très laides ». Enfin le malade perçoit quelques étincelles, des scintillements, mais jamais il n'a présenté autre chose que des hallucinations visuelles élémentaires.

Le malade est très robuste, bien musclé ; ancien maréchal-ferrant, il a encore une grande vigueur physique. L'examen des poumons permet de constater qu'il n'y a aucune lésion suspecte.

Le foie non seulement n'est pas volumineux, mais ne déborde même pas les fausses côtes ; il n'est pas douloureux, pas de constipation, appétit excellent. Les urines sont claires, sans sucre ni albumine. Rien à signaler du côté de la sensibilité ni de la motilité ; les réflexes tendineux et oculaires sont normaux.

S... ne présente pas de phénomènes catatoniques ni de gestes stéréotypés. Par sa conversation et par la conservation intacte de la mémoire, ce malade ne peut être considéré comme affaibli ; il n'a pas non plus d'idées délirantes systématisées et la multiplicité de ses hallucinations l'a fait ranger dans la catégorie de malades sur laquelle nous attirons l'attention.

Nous pouvons essayer d'aborder maintenant « le travail de synthèse », cherchons à dégager des observations, les principaux faits qui peuvent

nous permettre de constituer cette entité clinique, la psychose hallucinatoire chronique.

Le début de la psychose hallucinatoire chronique est assez variable; mais jamais nous n'y retrouvons cet état de confusion qui nous aurait fait classer ces malades dans la confusion mentale hallucinatoire; tous se souviennent du debut de leur maladie et nous ne retrouvons chez eux qu'une phase prodromique caractérisée ou par quelques hallucinations élémentaires ou par une série d'interprétations délirantes.

C'est ainsi que dans l'observation II, M. Magnan nous dit que « quinze jours avant son entrée le malade s'est imaginé qu'une femme avait été assassinée dans la maison de son maitre; il croit que sa maitresse a été raconter partout cet assassinat et que tout le monde le soupçonne; nous mêmes, dans l'observation VII, nous relevons « que le malade, jusque-là bien portant, présente des modifications de caractère, il est devenu timide, soupçonneux, il a des discussions avec des camarades, les grandes personnes le montrent du doigt, les gens se cachent derrière les arbres pour le surveiller et leurs regards semblent animés de mauvaises intentions.

Dans l'observation IX, le malade croit être la cause d'une malformation de son enfant, ses amis changent d'attitude vis-à-vis de lui.

Mais si, les interprétations fausses semblent avoir été les premiers simptômes constatés dans

quelques cas, nous retrouvons aussi dès le début, des phénomènes hallucinatoires élémentaires, « Ce sont tout d'abord des hallucinations auditives élémentaires, bruits de sifflets, de fifre, de musique (obs. III), la malade entend des bruits divers qu'elle ne peut définir (obs. VIII). Ces états prodromiques touchent le malade en pleine santé, alors que rien ne faisait prévoir une telle éventualité. L'un se rendait à son travail lorsqu'il entend une voix l'interpeller, l'autre revenait de faire un voyage pour une maison de commerce; chez aucun la durée de ce début n'est longue, la période d'état se constitue rapidement dans toute sa force.

Que la phase prodromique ait été caractérisée par des interprétations ou des hallucinations élémentaires, l'apparition rapide de troubles sensoriels dans une conscience intacte constitue la période d'état. Les hallucinations élémentaires que nous faisons rentrer peut-être un peu à tort dans la phase du début, ne tardent pas à céder la place à des hallucinations beaucoup plus précises, sur lesquelles, d'ailleurs, les malades nous renseignent. Après avoir entendu des sifflets (obs. III), le malade entend une voix « travaillée » qui le tracasse depuis longtemps; un autre entend dire qu'il est un grand personnage; un autre nous explique que des voix lui disent de rentrer dans la police, qu'il était appelé à jouer un grand rôle.

Ce sont donc les hallucinations auditives diffé-

renciées, verbales, qui semblent être les plus fréquentes et aussi peut-être de beaucoup les plus compliquées ; nos malades, en effet, entendent plusieurs voix différentes ; ils distinguent les voix de leurs interlocuteurs invisibles et leur répondent. Ils entendent quelquefois deux voix dont l'une conseille le bien et l'autre le mal ; ils ont des sortes d'apartés qui les plongent dans des rêves et pendant la durée de leurs hallucinations, ils ont comme une exaltation de l'intelligence et de la mémoire. Quant à la nature et l'intensité des bruits qu'ils entendent, nous avons vu qu'ils entendent d'abord de simples bruits (détonations d'armes à feu, roulements de tonnerre, mugissements, puis ce sont des voix fortes et sonores, d'intensité et de timbre différents ; ou encore des chuchotements et des murmures.

La direction dans laquelle les voix leur arrivent, l'éloignement plus ou moins grand, sont encore autant de points qui varient avec les différents malades ; pour les uns, les voix semblent sortir du mur ; pour d'autres, elles viennent de Paris.

Nous pensons donc que les hallucinations de l'ouïe sont de beaucoup les plus fréquentes, puisqu'il n'est pas un des cas observés, où l'hallucination auditive ne soit le phénomène hallucinatoire le plus frappant. Mais la sphère auditive n'est pas seule intéressée et chez presque tous nos malades nous retrouvons des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité géné-

rale et même des hallucinations de la vue et psycho-motrices.

Il est quelquefois difficile de distinguer les hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher, des illusions des mêmes sens; certes elles sont loin d'avoir la fréquence et la netteté des hallucinations de l'ouïe; mais il est peu de nos malades qui ne se plaignent, qu'on ne mêle à leur aliments du vitriol, du mercure, des cantharides, du plâtre, des humeurs; on les entend répéter que ce qu'ils mangent a un goût de pharmacie; on les poursuit avec des odeurs fétides, repoussantes, ce sont des odeurs de soufre, de brûlé, d'ammoniaque; un malade trouve des odeurs de caractère agréable. Il en est peu également qui n'éprouve des sensations, de fourmillements, de pincements, d'arrachements, de brûlures; le plus souvent ces phénomènes hallucinatoires sont de nature désagréable et le malade essaye de s'en défendre.

Ne retrouvons-nous pas aussi chez un certain nombre, malgré un examen minutieux des organes thoraciques et abdominaux, des hallucinations de la sensibilité générale ou anesthésiques. Ces différentes sensations imaginaires sont : les unes fixes, les autres mobiles; mais certaines méritent une mention spéciale, ce sont les hallucinations génitales. On sait que les hallucinations génitales sont très fréquentes dans la folie et qu'elles peuvent aller depuis l'impression la plus vague jusqu'aux sensations du coït le plus complet; ici,

comme dans presque toutes les psychoses, nous entendons nos malades accuser des personnes de leur entourage ou même éloignées, de se liver sur eux à toutes sortes d'actes érotiques et ils croient avoir à se défendre contre les manœuvres indiscrètes qu'on exerce sur eux par des moyens le plus souvent cachés.

Les hallucinations visuelles et psycho-motrices nous ont paru plus rares que les précédentes. Certes, dans certaines maladies mentàles, ces troubles sensoriels sont fréquents et peuvent même être placés en tête des phénomènes hallucinatoires; mais dans les psychoses hallucinatoires chroniques, ils nous ont paru devoir passer en seconde ligne et c'est pourquoi nous les avons placés les derniers.

Parfois confuses, peu distinctes, les images hallucinatoires visuelles ont acquis dans d'autres cas une assez grande netteté. Une de nos malades ne nous dit-elle pas, qu'elle voit comme des traits noirs passer devant ses yeux; tandis qu'une autre voit souvent trois personnes d'un côté et trois de l'autre; celles de droite disent le contraire de celles de gauche; un autre malade voit des bras coupés, des têtes fendues, un feu violet qui lui est rentré dans le nombril. Mais ces hallucinations visuelles sont encore assez fréquentes pour pouvoir être signalées, elles se présentent avec une intensité moindre et seulement comme des hallucinations élémentaires ou différenciées. Nos mala-

des ont, en effet, des visions de lueurs, de flammes, d'étincelles, de globes lumineux ou encore des spectres de femmes et dans un seul cas nous retrouvons des hallucinations verbales visuelles (obs. IV), le malade voyait une main écrire sur le mur le mot m...., soit en rouge, soit en bleu ou bien tracer des opérations arithmétiques.

Chez tous les malades examinés et qui ont des voix, tous ne les perçoivent pas de la même façon, ou plus exactement, à côté de leurs voix auditives sonores et perçues par l'oreille, ils en ont d'autres, qui sont dépourvues de son ; ce sont des voix intérieures. Chez l'un de nos malades, nous avons remarqué à certains instants, qu'il n'avait plus l'air d'une personne qui écoute ; il semblait parler tout seul sa pensée ; il se plaignait que sa pensée se formulait et lui échappait de la bouche avant même qu'il eut le temps de le prononcer volontairement.

Un autre malade nous dit textuellement qu'il entend des voix qui viennent du dehors et d'autres qui viennent du dedans ; c'est comme un tuyau que j'ai dans le gosier et qui parle ; c'est comme un tramway que j'ai dans la gorge ou la tête et qui fait « coin-coin » ; cela me sort du nez comme un souffle ; souvent quand je parle, ce n'est pas moi, mais on me fait remuer la langue ; c'est comme un tonnerre qui me sort du ventre et qui me fait dire toutes sortes d'horreurs. Nous avons évidemment là, des hallucinations verbales motri-

ces, variables en intensité et en complexité, puisque le malade a tantôt la sensation de mots prononcés et tantôt est obligé d'articuler ces mêmes mots.

Nous venons d'étudier les phénomènes hallucinatoires, présentés par nos malades, à l'état de simplicité pour ainsi dire parfaite; nous avons essayé de montrer que les hallucinations pouvaient intéresser tous les sens et nous les avons détaillées; poussons plus avant notre synthèse et nous verrons que ces cas sont pour quelques-uns, plus complexes qu'ils ne le paraissent, puisque nous y relevons des co-existences, des associations et même des combinaisons hallucinatoires.

C'est ainsi que dans plusieurs observations, le malade a des hallucinations de l'ouïe « on lui faisait entendre des mots désagréables » et des hallucinations du goût, mais il n'y a entre elles aucun rapport immédiat; elles ne sont même pas reliées par un thème délirant, donc co-existence seule d'hallucinations.

Nous retrouvons aussi des associations entre hallucinations verbales; les voix tiennent de véritables conservations; tantôt ces voix sont dialoguées, s'opposant pour ainsi dire l'une à l'autre, tantôt elles paraissent être de même avis.

Un autre malade (obs. VI) nous dit qu'il a vu des figures et que de leurs bouches, il en sortait des paroles; n'est-ce pas là une association connue et verbale associée?...

Enfin, dans des cas plus compliqués, nous rappellerons que les malades présentent non plus des associations entre hallucinations, mais de véritables combinaisons hallucinatoires.

Plusieurs de nos malades trouvent à leurs aliments un goût et une odeur particulières (combinaison entre hallucinations connues), et l'un d'entre eux a des hallucinations verbales motrices avec mouvements d'articulations très nets, répétant sa pensée (combinaisons des hallucinations auditives-verbales et motrices verbales).

Les phénomènes hallucinatoires présentés par nos malades sont donc non seulement nombreux, puisque nous y trouvons des hallucinations auditives, visuelles, gustatives, du toucher, de la sensibilité générale, de l'odorat, et même des hallucinations psycho-motrices, mais encore très complexes, puisqu'il nous a été possible de montrer qu'à côté de leur co-existence et de leur association, il y avait encore des combinaisons relatives aux mêmes objets, ou aux mêmes paroles, entre les différents centres du langage auditif et moteur d'articulation. Enfin, dans tous les cas présentés, les malades reconnaissent à leurs hallucinations, une cause extérieure, mais elles diffèrent cependant des hallucinations conscientes puisque nos malades n'en sentent pas le caractère subjectif. Un seul (obs. VII) accepte volontiers l'hypothèse que les voix qu'il entend sont le résultat de phénomènes morbides.

Ici s'arrêtent tous les symptômes positifs, caractéristiques de la psychose hallucinatoire chronique et en apparence tout au moins, il semble contradictoire que des phénomènes hallucinatoires aussi prononcés et aussi intenses n'entrainent pas inévitablement des troubles délirants manifestes et une déchéance de l'activité mentale. L'extravagance de certaines hallucinations laisse supposer qu'on doit retrouver chez ces malades l'existence d'un affaiblissement intellectuel; bien au contraire, l'impression que l'on peut avoir sur leur état intellectuel et délirant, s'efface dès que l'on abandonne le terrain des hallucinations. Nous allons donc nous trouver en présence d'individus, qui, les hallucinations mises à part, présentent une intelligence parfois vive et le même sujet qui se montrait si manifestement aliéné tout à l'heure nous apparait maintenant lucide et raisonnable. Le défaut ou la pénurie d'interprétations délirantes, l'absence de troubles graves de la vie intellectuelle ou de la vie effective, le manque de gestes stéréotypés, d'attitudes catatoniques constituent les caractères importants et les symptômes négatifs de la psychose hallucinatoire chronique.

Abordons l'étude du premier de ces points; mais avant d'émettre notre modeste avis, qu'il nous soit permis de faire observer que lorsque M. Séglas a présenté à la société médico-psychique, ses deux cas de psychose hallucinatoire chronique, il a

précisément fait remarquer « qu'au point de vue psychologique, l'hallucination en elle-même peut-être considérée comme un véritable délire. Cependant dans le langage courant les deux termes, hallucination et délire, s'appliquent à des symptômes cliniques différents, le second désignant plus spécialement les idées délirantes. » Nous ne pouvons que nous rallier à cette opinion qui nous met à l'abri d'une objection qu'on pourrait nous faire, à savoir que le fait d'exposer des hallucinations comme une réalité objective est déjà un délire. Les malades dont il s'agit, en effet, se bornent à enregistrer leurs hallucinations, à les décrire telles qu'ils les éprouvent; malgré leur influence et leur force, les idées délirantes ne se précisent pas, ne se formulent pas, ne se systématisent pas.

Nos malades nous racontent les injures grossières, les monologues, les dialogues, les conversations qu'ils entendent; ils se plaignent qu'on les frappe, qu'on les pince, qu'on les pique, qu'on les magnétise, qu'on leur envoie des odeurs désagréables, nauséabondes, qu'on les viole, etc.; ils ont bien, suivant leurs hallucinations, des idées de richesse, de grandeur, d'empoisonnement, de persécution, mais est-il une de nos observations où sous leur influence nos malades les fassent intervenir « comme point de départ ou comme preuve, dans l'édification d'un système plus ou moins cohérent de conceptions délirantes. »

Les persécutés hallucinés, avec des troubles sensoriels aussi intenses, seraient arrivés rapidement à une systématisation précise, nous nous réservons, d'ailleurs, de montrer la différence qui existe entre ces deux catégories de malades au chapitre diagnostic.

Malgré la répétition, la fréquence de leurs hallucinations, les facultés intellectuelles de nos malades n'ont nullement baissé; tous sont d'un âge assez avancé, tous ont été observés pendant longtemps (15-20 ans) et aucun ne présente de troubles de la vie intellectuelle ou de la vie affective.

Ils n'ont pas de confusion dans les idées, pas de troubles de la conscience, pas d'altération des facultés syllogistiques; ils apprécient à leur juste valeur les faits actuels, ils ont encore des notions de leurs connaissances antérieures, tous ont été poussés sur le calcul, la géographie, l'histoire, etc., et tous nous ont répondu fort bien, nous donnant une preuve immédiate de la fidélité de leur mémoire. Leur jugement, leurs appréciations sont sensés et justes et leur capacité professionnelle demeure entière pour plusieurs d'entre eux. Nous avons relevé dans les observations que plusieurs étaient occupés dans les bureaux et y faisaient fonctions d'employés zélés, dévoués, toujours prêts à rendre service et au courant de tout,

« Sans doute, ces malades subiront comme tous les hommes, les effets naturels du progrès de l'âge, qui diminue dans une certaine mesure l'ac-

tivité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles », mais il est un point sur lequel nous sommes en droit d'être affirmatifs, c'est que malgré leurs hallucinations multiples, ils sont loin d'avoir atteint la déchéance intellectuelle propre aux autres aliénés arrivés à l'état chronique.

Les sentiments affectifs ne sont nullement amoindris, l'un de nos malades cherche même à économiser les quelques sous de son pécule pour venir en aide à sa femme ; une malade réclame constamment son mari et lui pardonne toutes les misères qu'il lui a faites et qu'il lui fait encore, d'autres nous parlent d'un ton ému de leur famille.

Nous avons déjà noté et cherché à mettre en évidence, dans nos observations, que les malades atteints de psychose hallucinatoire chronique n'avaient ni troubles physiques, ni attitudes, ni gestes bizarres et stéréotypés. Nous ne retrouvons pas chez eux la démarche affectée, artificielle, maniérée, la cyanose, l'œdème, le dermographisme, les troubles de la sensibilité qui sont des caractères essentiels de la démence précoce.

Selon la forme et l'intensité des hallucinations, le malade peut se présenter à nous sous des aspects différents, les réactions sont loin d'être toujours violentes, aussi existe-t-il de fréquentes irrégularités de caractères chez nos malades, tantôt, en effet, ils peuvent avoir de véritables rémissions au cours desquelles ils travaillent régulièrement et où, même, ils sont assez calmes pour que plusieurs

congés d'essai ayant bien réussi, ils soient rendus à la famille qui les réclamait (obs. III), tantôt, au contraire, sous l'influence de paroxysmes hallucinatoires on voit apparaître des symptômes d'excitation violente qui impriment au malade une physionomie particulière ; si leurs voix les menacent, ils deviennent menaçants et même dangereux pour leur entourage ; ils s'entendent damnés, ils présentent de véritables crises de terreur avec angoisse, tremblements et sueurs profuses ; ont-ils, au contraire, des hallucinations intenses de la sensibilité générale, ils se croient électrisés, paralysés et réagissent différemment ; de même, sous l'influence des hallucinations du goût, ils se croient empoisonnés et refusent momentanément toute nourriture. Ainsi donc, nous observons chez nos malades, non seulement des variations dans l'intensité de la maladie, des alternatives de calme relatif et d'excitation, mais encore des variations dans la forme, suivant que le caprice des hallucinations pousse le sujet à avoir des idées ambitieuses, mystiques, hypocondriaques, de jalousie ou de persécution.

Terminons ce chapitre de symptomatologie en faisant remarquer que peut-être la psychose hallucinatoire chronique n'est pas aussi rare qu'on veut bien le dire, puisque nous retrouvons quelques cas dans la bibliographie et que, pour notre part, nous en avons relevé cinq sur neuf cents malades ; d'après nos observations, les hommes

sembleraient plus souvent atteints et l'âge où débute cette psychose montre qu'elle n'est pas une maladie de la puberté, puisqu'elle se manifeste, de préférence, vers l'âge adulte.

Enfin, si nos malades nous disent qu'ils ne savent ni pourquoi ni comment ils entendent des voix, s'ils ne savent pas qui les persécute, nous croyons inutile de démontrer qu'il ne s'agit là que de « modifications légères n'entraînant que bien faiblement le processus idéatif et le pouvoir de synthèse ».

CHAPITRE III

Pathogénie et Étiologie.

Une étude portant sur une entité clinique où les hallucinations sont le phénomène important, capital, le seul qu'il soit, pour ainsi dire, possible de constater, où les hallucinations prévalent sur les autres symptômes, où il n'existe pas de délire vrai ; ou bien, lorsque le délire existe, il est provoqué et soutenu par des hallucinations, une telle étude ne pourrait être complète, si nous n'avions essayé d'exposer les diverses théories expliquant le mécanisme de l'hallucination et si nous n'avions fait un effort pour montrer que la théorie qui rapporte « l'hallucination à un trouble des centres corticaux est celle qui cadre le mieux avec les données de la pathologie cérébrale, puisqu'elle permet d'aborder des questions et d'analyser méthodiquement des formes, que les autres théories sont impuissantes à expliquer ».

On ne s'étonnera pas si nous disons que les théories de l'hallucination sont considérables ; chaque observateur, dit Ball, a créé pour ainsi dire un mécanisme particulier pour rendre compte des faits et l'on pourrait compter, à cet égard, autant de doctrines que d'individus.

Quelles sont donc les différentes théories soutenues pour expliquer les fausses perceptions sensorielles ?...

Une des plus anciennes, l'école théologique, rattachait à l'intervention divine ou satanique les phénomènes hallucinatoires.

Non moins ancienne presque, est la théorie de de l'école métaphysique, émise par Descartes et Malebranche, qui donnait pour cause le mouvement désordonné des esprits animaux. Pour ces deux écoles l'hallucination est un phénomène qui vient du dehors.

En 1829, Foville proposait déjà une théorie qui était comme le germe de la théorie mixte de Baillarger, puisqu'il écrivait : « Pour moi, les hallucinations sont liées à la lésion des parties nerveuses intermédiaires aux organes des sens et aux centres de projection, ou à l'altération des parties cérébrales auxquelles aboutissent les nerfs de sensations ».

Avec Esquirol, Lelut, Falret, B. de Boismont, Delasiauve, Parchappe, Griesenger, nous entrons dans la doctrine scientifique; c'est la théorie psychique. L'hallucination est un phénomène pure-

ment psychologique, ou si l'on veut purement cérébral; c'est suivant l'expression de Lelut, une idée qui se projette au dehors, c'est le renversement de l'acte psychologique par lequel les sensations se transforment en idée; avec cette théorie, c'est, au contraire, l'idée qui se transforme en sensation. L'hallucination s'accomplit en dehors des sens; c'est au fait, de l'idéation.

Mais en présence de certains faits, il fut impossible de soutenir cette opinion dans son entier et certaines observations demontrèrent l'intervention d'un élément matériel dans la production du phénomène; c'est ainsi que certaines ulcérations de la cornée déterminent des hallucinations persistantes; Michéa signale des hallucinations unilatérales; Pick, des hallucinations hémiopiques, et certains auteurs se demandent comment on peut concevoir une idée qui se projette au dehors pour ne montrer au malade que la moitié d'un objet. Dès lors la théorie psychique est insoutenable, et Plater, Sauvages, Darwin, Paizol, expliquent le mécanisme de l'hallucination par la théorie de
mécanisme de l'hallucination par la théorie de
l'origine périphérique ou sensorielle; théorie d'après laquelle il existe incontestablement un élément physique dans les hallucinations; en d'autres termes, que celles ci reconnaissent comme cause première l'excitation des expansions terminales des nerfs sensoriels.

Entre ces deux théories principales, il convient

de placer la théorie mixte de Baillarger, qui considère l'hallucination comme un phénomène toujours pathologique, lorsque sont réalisées les trois conditions suivantes :

1° L'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ;

2° La suspension des impressions externes;

3° L'excitation des appareils sensoriels;

Cette théorie présente toutefois de nombreuses différences suivant les auteurs, c'est ainsi que Cullen, Fodoré, Calmeil, Michéa, admettent l'existence d'hallucinations d'origine périphérique et d'hallucinations d'origine intellectuelle. Marie, Malet, Ball, Descomtes, Dagonet regardent comme nécessaire la double intervention de l'intelligence et des appareils sensoriels.

Avec Baillarger, la théorie psycho-sensorielle prend toute sa force et le mécanisme intime de l'hallucination peut être expliqué quand les trois conditions ci-dessus énoncées existent. En effet, l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, l'état de rêve, l'état de mélancolie avec stupeur qui sont des états caractérisés par l'exercice involontaires de la mémoire et de l'imagination et par la suspension des impressions externes, s'accompagnent le plus souvent d'hallucinations psycho-sensorielles; en outre, l'exercice de l'attention et les impressions externes sont des obstacles à la production des hallucinations et les suspendent quand elles existent. Baillarger cite à ce su-

jet l'observation de Nicolaï, chez qui les hallucinations apparaissent quand ce malade n'y pensait pas et qui disparaissaient, au contraire, lorsqu'il fixait son attention.

L'auteur recherche si l'hallucination se produit de dehors en dedans, ou du dedans en dehors et si le point de départ de ce phénomène est dans les appareils des sens ou dans l'intelligence. A l'état normal, dit-il, sous l'influence d'une excitation externe, une impression est reçue par l'organe sensoriel. Cette impression est transmise, puis elle est perçue dans le cerveau. Dans l'hallucination, les choses se passeraient tout à fait de la même manière; il y aurait aussi impression, transmission par le nerf conducteur, puis perception dans le cerveau. Telle est sa première hypothèse, c'est-à-dire celle qui fait intervenir les appareils sensoriels, mais cette conception ne le satisfait pas dans tous les cas, puisque dans les hallucinations psychiques, il n'y a aucun trouble sensoriel. Aussi admet-il une seconde hypothèse dans laquelle le point de départ des hallucinations est toujours dans l'intelligence. Mais comment et par quel bouleversement complet de l'ordre physiologique, des images changent-elles de nature et deviennent-elles de véritables sensations; c'est ce que Baillarger se demande sans en donner d'explication?...

En somme, il nous donne comme théorie de l'hallucination, la double intervention de l'intelligence et des phénomènes sensoriels.

D'après les théories physiologiques, il existerait dans la masse encéphalique, des points où aboutissent les nerfs sensoriels et c'est de ces centres sensoriels que partiraient les hallucinations. Très scientifiques, ces théories ne réussissent pas cependant à rallier tous les physiologistes, puisque nous les voyons se séparer en deux grands groupes suivant la place qu'ils attribuent aux centres sensoriels.

Bergmann, Audiffrent, Hagen, Kelbaum, Hoffmann, Wirchow, Joly, Poincaré sont les chefs d'une première école qui fait naître les hallucinations d'un trouble des couches optiques. Luys localise le sensorium commun dans les ganglions cérébraux. Ritti défend aussi cette opinion.

Schrœder, Van den Kolk, Krafft-Ebing, Kandinley, Kock se séparent un peu des précédents; ils attribuent aux centres infra-ganglionnaires le rôle des fonctions sensorielles.

Despine, Meynert soutiennent que la perception se fait dans les centres infra-corticaux; la couche corticale élabore les phénomènes intellectuels, mais elle rectifie, arrête les excitations subjectives venant des centres infra-corticaux. Si la couche corticale fonctionne seule, les excitations subjectives deviennent objectives.

Toutes ces théories semblent n'avoir pas poussé assez loin le mécanisme de la perception en se plaçant exclusivement au point de vue physiologique, puisqu'elles font jouer un rôle trop considé-

rable aux centres infra-corticaux, alors que ces « centres ne sont que de simples stations ou relais sur la voie des courants sensoriels. » Il fallait chercher encore plus haut, les centres proprement dits de la perception.

Pour Tamburini, les « hallucinations seraient aux centres sensoriels et à leurs lésions, ce que l'épilepsie est aux centres moteurs; elles constitueraient en une sorte d'épilepsie des centres sensoriels ». En d'autres termes, Tamburini admet qu'il existe des points de l'écorce cérébrale qui perçoivent les impressions reçues et qui, excités, sont la cause fondamentale du phénomène hallucinatoire. La pathogénie serait donc un état irritatif des centres psycho-sensoriels, et l'excitation de ces centres sensoriels réveillerait des images déposées dans le sub-conscient, d'autant plus fortes que l'excitation aurait été plus intense.

Ainsi, pour la plupart des auteurs, toute hallucination réclame l'intervention des centres corticaux, mais M. Ballet, en particulier, se demande si l'hallucination se trouve suffisamment expliquée par un état d'irritation du centre sensoriel correspondant, et si la formule qui fait de l'hallucination une épilepsie des centres sensoriels, est bien exacte ?...

« Est-il permis de comparer des mouvements convulsifs comme ceux de l'épilepsie aux images intelligentes des hallucinations ?... »

A l'appui de cette objection, M. Ballet dit qu'on ne

doit pas perdre de vue que « le centre auditif seul, par exemple, ne peut pas donner autre chose que des perceptions brutes ou des hallucinations élémentaires de sons avec leur timbre, leur hauteur, leur intensité. Mais, dès qu'il s'agit de l'hallucination différenciée, cela suppose l'association d'autres images nécessaires à la constitution de l'idée, de l'objet ainsi déterminé et, par suite, l'intervention non seulement du centre auditif, mais d'une série d'autres sens ». En outre, pour cet auteur, la pathogénie de l'hallucination ne peut pas et ne doit pas s'arrêter là, car il reste encore les facteurs psychologiques (attention, croyance, mémoire, association des idées).

« L'intervention du centre sensoriel cortical correspondant serait évidemment une condition pathogénique nécessaire de l'hallucination, mais elle n'est pas la condition nécessaire et suffisante. De plus, la formule faisant de l'hallucination une épilepsie de certains centres moteurs ne peut plus être admise en étudiant le mécanisme des hallucinations motrices. Ces hallucinations réclament, en effet, comme les autres, l'intervention de centres moteurs, mais cela ne suffit pas, et une irritation physique seule, pure et simple de ces centres ne pourrait expliquer la différence qui existe entre les décharges spasmodiques, convulsives, désordonnées de l'épilepsie et la représentation de mouvements déterminés, combinés, systématisés, ou de paroles articulées en rapport avec tel ou tel

délire constituant l'hallucination motrice, commune ou verbale.

« L'hallucination sensorielle n'est pas plus une simple épilepsie des centres sensoriels, que l'hallucination motrice n'est une épilepsie de centres moteurs; et l'hallucination verbale motrice une épilepsie du centre de Broca ».

Enfin Tanzi, dans son Traité de pathologie mentale, émet encore une théorie nouvelle de l'hallucination ; d'après lui, les hallucinations complexes, c'est-à-dire les hallucinations vraies de nature psychopathique et plus spécialement les hallucinations figurées de la vue et de l'ouïe, lorsqu'elles affectent une forme définitive, et tout à fait semblable à la réalité, prennent naissances comme les représentations dans un centre ultra-visuel ou ultra-auditif de l'écorce, lequel centre est unilatéral. De là, elles refluent en vertu d'un processus pathologique dans les centres visuels ou auditifs, où leurs éléments sont parvenus pour la première fois à l'état de sensations et se sont agrégées. C'est le fait du retour d'une station de passage où parviennent toutes les impressions du dehors qui fait acquérir à certaines représentations les caractères de vérité, de précision, d'actualité, des perceptions véritables, et en fait des hallucinations. Tanzi a eu pour but principal de donner à la pathogénie des hallucinations, une interprétation anatomique.

En présence de toutes ces théories aussi nom-

breuses que séduisantes, il serait enfantin de notre part d'essayer de trancher la question. Sans pousser l'audace jusqu'à admettre comme le fait M. Blondel, dans un article « Paranoïa et hallucinations » (Encéphale, séance du 21 avril 1910), que certaines hallucinations sont une forme extrême de l'interprétation délirante, disons toutefois que lorsque Tamburini a considéré les hallucinations comme résultant du simple éréthisme des centres sensoriels, il a peut-être émis une théorie un peu simpliste, puisqu'elle ne permet pas de donner une solution définitive à la question ; mais il est probable aussi que les desiderata que présente cette théorie, ne sont que la limite de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie des voies et centres sensoriels.

Avec le Dr Dide, nous faisions remarquer dans une récente communication que l'étiologie invoquée par Farnarier, et retrouvée généralement par les auteurs qui ont écrit sur la question, montre que la psychose hallucinatoire aiguë est la traduction d'un état méta ou para-toxi-infectieux ; elle peut être considérée, si l'on veut, comme une séquelle d'un état d'altération diffuse de la corticalité, comme une phase intermédiaire entre l'état confusionnel du début et la guérison confirmée. L'agent morbifique, au moment où il rétrocède, abandonne d'abord son action sur les régions cérébrales où se passent les phénomènes élevés de la conscience ; mais alors que la synthèse psycho-

logique est redevenue possible, les régions où siègent les concepts primaires fournis par les sens, sont encore le siège d'une activité automatique anormale ; c'est là une notion qui cadre bien avec ce que nous savons en général de l'hallucination que l'on voit presque toujours être la traduction de phénomènes de toxi-infections plus ou moins aigüs. Les phénomènes hallucinatoires seraient primitifs dans la confusion mentale, et leurs liens pathogéniques avec la toxi-infection est ici non douteuse. Elles peuvent être plus tardives dans les folies à évolution chronique où un état confusionnel précède la démence et dans ces cas l'élément toxi-infectieux suit une marche parallèlement progressive.

Nous ne nierons pas la possibilité d'un passage à l'état chronique d'une psychose hallucinatoire aiguë, mais certainement ce ne doit pas être le cas le plus fréquent ; en effet, dans aucun des cas dont nous avons lu la description, ou dont nous avons donné l'observation, nous n'avons noté le début confusionel qui, à cet égard, emporterait la certitude. Au contraire, le début a souvent été caractérisé par une phase d'invasion pré-hallucinatoire et le début de la psychose confirmée ne s'est jamais accompagnée de désorientation psychique ; ce qui est frappant dans ces cas c'est l'absence d'évolution de l'affection. L'état hallucinatoire est sujet à des paroxysmes, mais la symptomatologie du début conserve une fixité remarquable ; cette

fixité est due à l'absence de toute interprétation au sujet des hallucinations simplement enregistrées par le malade. Il n'existe à aucun moment de troubles de ce qu'on peut appeler avec Paulan et Janet « l'activité systématique ». Les associations d'idées, d'ordre complexe, ne sont point troublées par ces phénomènes qui demeurent des parasites de la conscience. C'est à cette intégrité durable de l'activité supérieure que l'on doit l'absence d'évolution. La tendance aux interprétations délirantes est si fréquentes chez les aliénés qu'on doit s'étonner de ne la point trouver chez les malades que nous observons ; cette intégrité de l'activité psychique supérieure et même de tous les phénomènes d'associations automatiques, nous fournit l'explication de ce manque d'évolution. Nous avons une explication de cette résistance par la validité cérébrale, constatée dans presque tous les cas ; les antécédents vésaniques sont nuls et cet état hallucinatoire est la première manifestation anormale de l'évolution tant ontogénique que philogénique.

L'atteinte parcellaire et élective des centres psycho-sensoriels par un élément toxi-infectieux semble tout à fait improbable et l'explication pathogénique est au moins obscure ; et, pour notre part, il nous est encore impossible de déterminer d'une façon irréfutable le mécanisme et surtout la pathogénie de l'affection mentale sur laquelle nous attirons aujourd'hui l'attention.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Avec sa symptomatologie spéciale, son évolution lente, mais n'aboutissant pas à la démence, son manque de systématisation, malgré un état hallucinatoire intense, la psychose hallucinatoire chronique semble devoir être une entité clinique bien à part, une affection ayant droit de cité dans la nosologie mentale et cependant, malgré ses caractères spéciaux, malgré la proportion assez élevée, il semble que cette psychose soit restée méconnue ou alors qu'elle n'ait été entrevue par les auteurs que comme un syndrome faisant partie d'autres affections mentales. Nous croyons cependant que le diagnostic, qui présente certainement des difficultés très variables selon les cas, peut s'imposer lorsque le malade présente un état hallucinatoire très net et lorsqu'on ne peut retrou-

ver ni systématisation, ni affaiblissement intellectuel.

Passons en revue les affections mentales dans la symptomatologie desquelles un ou plusieurs traits rappellent le tableau de la psychose hallucinatoire chronique. Nous insisterons plus particulièrement sur les formes où les hallucinations jouent un rôle considérable ; éliminant rapidement les psychoses qui ne présentent des troubles sensoriels qu'à l'état épisodique, ou qui par leurs signes physiques permettent d'éviter toute erreur possible.

C'est ainsi, par exemple, que la confusion nous paraît impossible avec les affections organiques du cerveau (paralysie générale, syphilis cérébrale artério-sclérose, ramollissement). Les symptômes de ces affections sont trop nets pour nous laisser égarer.

La difficulté n'est guère plus grande si on envisage le diagnostic avec la confusion mentale hallucinatoire. En effet, si pour un point « hallucinations et conceptions délirantes multiples », les confusionels hallucinés se rapprochent de nos malades, ils s'en éloignent nettement, par le symptôme constant et dominant, la confusion, qui se traduit par le chaos des idées, la perte de la notion du temps et des lieux..... En outre, l'ensemble total des symptômes, leurs rapports intrinsèques et l'évolution fixeront facilement le diagnostic.

Il n'est pas rare, comme l'observe Kraepelin de voir la démence précoce débuter par un stade hallucinatoire ; mais si, dans la forme catatonique, on observe, au début, des hallucinations de tous les sens avec des interprétations fausses, revêtant des aspects divers, idées de persécutions, mystiques, de grandeur, le caractère essentiel de ce délire est trop confus, trop absurde, trop stéréotypé dans son expression pour laisser un doute.

Dans la forme hébéphrénique et surtout dans les cas aigus, les troubles délirants, polymorphes, sans systématisation à base d'hallucinations, peuvent, au début, être pris aussi bien pour des symptômes de psychose hallucinatoire aiguë que de démence précoce à forme hébéphrénique. Puisque Farnarier nous cite une observation d'une malade atteinte, pour lui, de psychose hallucinatoire aiguë et qui n'est autre, d'après Masselon, qu'une forme hébéphrénique. Si encore il est permis de confondre une psychose hallucinatoire aiguë avec un cas de délire hallucinatoire chez un dément hébéphrénique, l'évolution de ses formes ne nous permet pas de les confondre avec la psychose hallucinatoire chronique. D'après Masselon, en effet, l'hébéphrénique verse fatalement dans la démence en cinq ou six ans au maximum ; en rappelant, que nos malades ont été observés pendant un minimum de quinze ans et qu'ils ne sont même pas affaiblis, le diagnostic

nous parait de la sorte immédiatement tranché.

Dans sa dernière édition, Kraepelin décrit deux formes de démence paranoïde : la démence paranoïde proprement dite (*dementia paranoïdes*) et les délires systématisées fantasques (*Phantastische Verruckeit*), faisant rentrer dans ces cas les délires systématisés hallucinatoires évoluant vers la démence, et par extension le délire chronique de Magnan. Donner après des maîtres éminents notre modeste avis sur une telle conception, nous entraînerait à des considérations hors de notre sujet. Aussi disons seulement, dès maintenant, que nous nous réservons dans un paragraphe spécial de ce chapitre de montrer les différences qui existent entre ce groupe de malades et les nôtres.

Quant aux déments paranoïdes proprement dits, Masselon nous enseigne qu'ils présentent un « affaiblissement intellectuel à développement précoce, s'accompagnant de troubles sensoriels et de conceptions délirantes qui, quoique mal systématisées, présentent un caractère de fixité beaucoup plus grand que dans les formes hébéphréniques. » Un point est immédiatement à retenir dans cette définition pour établir notre diagnostic : conceptions délirantes presque systématisées. La démence hébéphrénique et la démence paranoïde se rapprochent donc par plus d'un point de la psychose hallucinatoire chronique. Et cependant on ne saurait confondre cette dernière forme ni avec la démence hébéphrénique, puisque les malades

qui en sont atteints versent inévitablement dans la démence au bout de quelques années, ni avec la démence paranoïde puisque là nous retrouvons de plus en plus une tendance à la systématisation.

Quelle que soit donc la forme de démence précoce que nous envisagions, l'affaiblissement intellectuel que nous ne retrouvons dans aucun des cas de psychoses hallucinatoires chroniques, sera un point essentiel qui fera éviter toute cause d'erreur.

En outre, nous ne retrouvons chez aucun de nos malades, les gestes, les attitudes, la nonchalance, l'indifférence, la disparition des sentiments de famille, la tenue débraillée, les troubles de l'attention, les troubles physiques caractéristiques des déments précoces.

Plus délicat peut-être est le diagnostic avec les délires systématisés, puisque dans cette affection, les hallucinations jouent un rôle important et qu'en outre, comme nous le signalons plus loin, la démence n'est pas la terminaison fatale; mais la systématisation même est un caractère distinctif d'assez haute valeur pour enlever toute difficulté dans le diagnostic. Une observation nous permettra d'être encore plus affirmatif.

Voici une malade qui par l'ancienneté du début de la maladie par l'extrême lenteur de l'évolution, par la succession régulière des périodes, par l'en-

chaînement des symptômes, présente un type de délire de persécution à forme hallucinatoire.

OBSERVATION (Personnelle)

C... (Rosalie) est une ancienne passementière qui, en dehors d'une fièvre typhoïde, n'a jamais eu d'antécédents personnels intéressants.

Quant à ses antécédents héréditaires, ils se résument en ceci :

Père fort de constitution, caractère sévère, mais affable, mort d'une maladie de cœur.

Mère morte en 1876 « d'usure et de fatigue », était infirme (colonne vertébrale déviée), très nerveuse et souffrant toujours de l'estomac. Elle eut huit enfants.

1° Une sœur aînée, vive, morte d'une maladie de foie à 65 ans; eut cinq enfants dont deux morts en bas âge et un fils mort à 40 ans poitrinaire; les deux autres sont en bonne santé.

2° Une sœur, caractère doux, morte poitrinaire; eut huit enfants, dont deux morts en bas âge et l'aînée est morte vers l'âge de 45 ans du chagrin de la mort de sa mère; les autres sont en bonne santé.

3° Une sœur morte à 59 ans, asthmatique; trois enfants bien portants.

4° Une sœur morte du diabète à 63 ans, migraineuse; quatre enfants dont deux morts jeunes et deux bien portants (mari nerveux, coléreux et alcoolique).

5° Une sœur encore vivante, née en 1838, bien portante, nerveuse et acariâtre, souffrant souvent de l'estomac; un fils bien portant.

6° Un frère, bonne constitution, s'engagea comme marin à 16 ans.

7° Un frère actuellement en Angleterre, est dans le commerce, pas d'enfants.

8° La malade, qui eut une fièvre typhoïde en bas âge, devint anémique vers l'âge de 14 ans ; battements de cœur et névralgies jusqu'à 22 ans ; à 23 ans, eut une fille et depuis cette époque elle commença à être victime

La malade, née le 10 février 1845, est entrée à l'Asile le 5 décembre 1893, c'est dire que le début de sa maladie remonte au moins à dix-sept ans. Si nous avons insisté sur ses antécédents héréditaires, c'est pour montrer que la malade a encore une fort bonne mémoire, une lucidité complète et qu'elle n'a aucun signe d'affaiblissement intellectuel (nous avons pu, en effet, vérifier tous ces renseignements qui sont fort exacts).

A son entrée à l'Asile, elle est classée comme atteinte de « délire chronique avec idées de persécution, hallucinations multiples et troubles de la sensibilité générale ». Le certificat fait à Paris lors de son transfèrement, par le Dr Magnan, indiquait d'ailleurs que la malade était atteinte de « dégénérescence mentale avec idées de persécution dont le début paraissait remonter à quatre ans environ. Elle se livre à des violences contre les personnes qu'elle considère comme ses ennemies ; interprétations délirantes, idées de persécution, hallucinations nombreuses portant principalement sur l'ouïe et l'odorat. »

Voici l'histoire de la malade :

Elle eut d'abord à souffrir pendant plusieurs années jusqu'en 1893, des dispositions hostiles et malveillantes de son entourage, auxquelles s'ajoutent des vexations et des tourments de plus en plus nombreux et intolérables. On disait du mal d'elle, on la méprisait.

Elle se maria vers 1890, mais son mari tomba bientôt malade de la poitrine ; dix-huit mois après, il eut des vomissements de sang et mourut vers 1893. La malade passa alors quelques mois dans sa famille, mais bientôt

elle « éprouva des changements encore bien plus grands dans sa personne ; elle resta six mois sans rien voir », ce qui ne lui était pas arrivé depuis l'âge de 22 ans ; elle attribua d'abord ce changement aux chagrins de la séparation, mais, bientôt après, elle crut que c'étaient des misérables qui profitaient de son isolement pour s'emparer de sa personne et par mettre à exécution ses projets. Elle eut d'abord des somnolences continuelles le jour, puis, la nuit, un sommeil agité ; on commet alors sur elle les plus grandes atrocités que l'on puisse faire à une femme, faisant de son domicile un lieu public ; on lui fit faire des avortements pour qu'elle ne se doute pas du rôle infâme dont elle était victime ; enfin elle a la conviction injustifiée que, devenue mère à la Maternité de Paris, on lui a soustrait son enfant qui est aujourd'hui un homme de 40 ans et qu'elle a reconnu en diverses circonstances.

Il est difficile de préciser exactement la durée de cette longue période pendant laquelle elle ne présenta que de la méfiance, des illusions et des interprétations délirantes. Mais bientôt les hallucinations rentrèrent en scène.

Elle a entendu une voix qui lui disait que M. Legrand l'avait empoisonnée ; que des misérables étaient entrés chez elle en son absence et qu'ils allaient se livrer sur elle, avec la femme B..., à des actes odieux ; elle courut chez elle, ne trouva rien, sauf quelques chaises déplacées, et en conclut que les assassins s'étaient enfuis et avaient effacé leurs traces avec des drogues dont ils disposaient et qui servaient d'ailleurs à l'anesthésier et à la faire avorter. Elle entend des voix injurieuses, on lui dit toutes sortes de grossièretés, mais elle ne voit pas les gens qui la maltraitent ainsi.

Les hallucinations des autres sens apparaissent bientôt. On l'enceinte, on la viole, on lui fait passer des odeurs sous le nez pour profiter d'elle ; l'eau a un goût désagréable ; elle reçoit des secousses, des picotements électriques ; on lui introduit des objets dans le ventre.

En raison de ces troubles psycho-sensoriels et sensitifs, les idées de persécution et même de grandeur s'organisent. Elle cesse, petit à petit, ses rapports avec ses voisines; elle ne cause plus autant, elle essaye par tous les moyens possibles de se protéger contre ses adversaires, mais bientôt elle rend quelqu'un responsable de toutes ces manœuvres criminelles; son raisonnement maladif lui désigne de plus en plus un individu et elle décharge sur lui son revolver. Internée à la suite de cet acte violent, la malade n'a jamais cessé d'organiser son délire et de le faire évoluer.

Elle proteste contre ses persécuteurs qui l'empêchent de dormir, qui l'insultent, qui lui envoient des odeurs désagréables, qui essayent de l'empoisonner; « il faut avoir, dit-elle, beaucoup de courage pour supporter toutes ces tortures ». Enfin son délire évoluant, elle devient une victime séquestrée à cause de son intelligence et de ses opinions politiques; elle a appris qu'elle sauvera la République et que sa place est à l'Elysée (idées de grandeur); un commencement de justice lui a été rendu puisque déjà sa statue est élevée dans plusieurs villes et elle va donner des ordres parce qu'elle ne peut plus supporter toutes les atrocités qu'on lui fait subir. « Si j'avais voulu vivre au milieu des ennemis de la France, des détracteurs de la République et du travail, au milieu des souteneurs du vice et du crime, avec ces marchands d'hommes et de chair humaine, j'aurais agi autrement. » Si on lui fait toutes ces misères, c'est qu'elle est appelée à de grandes choses, parce qu'elle est républicaine et que les autres sont royalistes. « Je ne suis pas à ma place à l'Asile; je ne partage pas l'opinion de ceux qui m'entourent; alors on me torture de toutes façons; on m'insulte, on essaye de m'empoisonner avec la nourriture; on me fait parler soit en me parlant, soit en me magnétisant et on se livre sur moi à des actes odieux. »

En somme, la psychose date de près de vingt ans et se manifeste actuellement par des idées de grandeur mêlées à des idées de persécutions.

Pour de tels malades, le pronostic est des plus graves et pour nombre d'auteurs ils évoluent fatalement vers la démence. Toutefois l'affaiblissement n'est pas inévitable puisque dans une récente observation, M. Séglas nous montre une malade qui, malgré un délire ayant évolué pendant quarante-quatre ans, n'est pas tombée dans la démence. En outre, dans l'*Encéphale* (séance du 19 mai 1910, p. 753), MM. Barbé et Benon nous donnent deux cas de délire systématisé hallucinatoire chronique sans démence, et ces auteurs sont amenés à conclure que si le délire hallucinatoire chronique systématisé aboutit parfois à la démence, cela ne peut être considéré comme une règle.

Il est à peine besoin de faire remarquer que dans ces observations, il ne s'agit pas de ces accidents épisodiques hallucinatoires signalés chez les interprétateurs, mais d'un éréthisme sensoriel permanent. En conséquence donc si à la seconde période du délire des persécutions, le diagnostic s'impose par l'intensité des troubles sensoriels, il s'impose aussi par la systématisation du délire.

En se reportant aux observations relatées dans la symptomatologie, nous ne voyons pas cette systématisation chez nos malades, et en poussant un peu l'interrogatoire de ces systématisés, il est facile d'éviter une erreur de diagnostic.

La psychose hallucinatoire chronique sans être méconnue, peut cependant ne pas être diagnostiquée. Il existe en effet un certain nombre de psychoses qui, à un examen superficiel, pourraient induire en erreur. C'est ainsi que la psychose à base d'interprétations délirantes isolée par Sérieux et Capgras, peut présenter, parbouffées, des épisodes hallucinatoires.

Les hallucinations sensorielles, nous disent ces auteurs, sont généralement très rares au cours du délire d'interprétation, mais quand elles existent, elles prennent alors exceptionnellement une certaine importance et donnent à la psychose un aspect assez différent de celui qu'elle offre d'habitude. « Les épisodes hallucinatoires, les bouffées oniriques sont importantes par leur durée, par l'influence qu'elles exercent sur le contenu du délire, et surtout par les erreurs de diagnostic qui en découlent. Il ne s'agit pas ici de ces hallucinations rares, brèves, survenant isolément, à des intervalles souvent très éloignées, et indiquées comme symptômes accessoires de la psychose à base d'interprétations délirantes, mais d'un véritable délire sensoriel greffé sur le délire d'interprétation.

« Sa durée varie de quelques semaines à quelques mois. Nombre de médecins, en présence d'accès sensoriels de ce genre, les regardent comme partie intégrante de la psychose, quand ils ne tendent pas à y voir le phénomène essentiel. C'est

ainsi que ces épisodes hallucinatoires font à tort considérer certains cas de délire d'interprétation comme des psychoses à base d'hallucinations. Mais preuve qu'on a affaire à une complication, c'est que le malade une fois guéri de cette bouffée hallucinatoire reconnaît le caractère morbide de ces troubles et leur cherche une explication conforme à ses idées délirantes. » (Voir l'observation V des folies raisonnantes de Sérieux et Capgras, pages 68, 70, 76).

Il n'est pas besoin de faire remarquer qu'une telle catégorie de malades (rares d'ailleurs), puisque MM. Sérieux et Capgras admettent que l'absence de troubles sensoriels est un signe capital en faveur de la psychose à base d'interprétations ne saurait être confondue longtemps avec la psychose hallucinatoire chronique. A la rigueur, cette bouffée hallucinatoire pourrait faire porter un diagnostic erroné momentanément, mais les renseignements antérieurs et l'évolution tranchent le diagnostic d'une façon décisive.

Avec M. Dide, nous n'admettons pas non plus les hallucinations dans la forme maniaque de la psychose dépressive. Pour beaucoup d'auteurs, il existe des hallucinations dans la mélancolie, mais avec un caractère spécial. Nous citerons à ce propos la thèse de C. Rochu (Thèse, Paris 1905) qui admet les hallucinations dans la mélancolie ; il va même plus loin puisqu'il nous dit que ces hallucinations semblent parfois indépendantes du

délire, en ce sens du moins que leur contenu peut être sans rapport direct avec les convictions délirantes et qu'elles peuvent présenter sous cette forme, pendant un temps notable, après la disparition des convictions délirantes elles-mêmes ; sans délire, voulant dire, d'après l'auteur, sans autre manifestation délirante que ces hallucinations même : il lui semble que dans la mélancolie, les hallucinations peuvent survenir dans de semblables conditions, et qu'elles persistent même longtemps après la disparition du délire. En tout cas, que l'on admette ou que l'on nie, suivant les opinions, des hallucinations dans la mélancolie, le diagnostic avec la psychose hallucinatoire chronique ne saurait être ardu.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans signaler que depuis Brière de Boismont, dans son Traité sur les hallucinations, jusqu'à nos jours, on admet l'existence des hallucinations compatibles avec la raison. Nous touchons, certes, là, à un des points les plus intéressants de la psychologie de l'homme puisqu'il semble que l'hallucination puisse exister sans désordre de l'intelligence. A l'appui de cette théorie, Brière de Boismont rapporte plusieurs observations curieuses telles que celles du peintre célèbre sir Josué Reynolds et de Chateaubriand (Brière de Boismont, n°s 39 et 65).

Plus tard, dans l'article « Hallucinations, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médica-

les, 1886, Christian nous pose à nouveau la question. Les hallucinations sont-elles compatibles avec la raison ? Et il nous dit qu'il est peu de personnes qui n'aient éprouvé des hallucinations ; il cite de nombreux exemples d'hallucinations survenues chez des personnes saines d'esprit et il se demande s'il existe deux sortes d'hallucinations, l'une, compatible avec la raison la plus parfaite, l'autre, avec l'aliénation mentale. » On peut être halluciné et ne point délirer, a dit Esquirol. Mais il est à peine besoin de remarquer que s'il est peu de cerveaux qui, surexcités par l'attente, l'inquiétude, le travail intellectuel, n'aient perçu des bruits de pas, des sons de cloches, etc... (ces hallucinations sont aussitôt rectifiées par l'entendement et on ne peut considérer ces troubles comme un symptôme de folie) ; par contre, il est peu de cerveaux qui présentent, à l'état continu, des troubles sensoriels aussi intenses que ceux présentés dans les observations précédentes et, pour ces individus, l'état hallucinatoire doit bien être considéré comme un symptôme pathologique.

Enfin, seule, l'évolution pourra nous renseigner d'une façon certaine sur le diagnostic entre la psychose hallucinatoire aiguë et la psychose hallucinatoire chronique ; peut-être, dans la forme aiguë, les phénomènes d'intoxication sont-ils plus nets ? Quoiqu'il en soit, aucun caractère distinctif n'est suffisamment précis pour nous permettre de donner dès le début un diagnostic affirmatif.

CONCLUSION

Arrivé à la fin de cette étude, nous ne pouvons faire mieux que de résumer dans ses grandes lignes l'histoire clinique de la psychose hallucinatoire chronique et de rassembler les éléments principaux qui constituent cette entité morbide.

1° La psychose hallucinatoire chronique n'est pas une affection excessivement rare, puisque nous en relevons cinq cas sur neuf cents malades; elle débute vers l'âge adulte par une phase prodomique de courte durée se traduisant par des interprétations délirantes ou des hallucinations communes (auditives principalement).

2° Rapidement, la période d'état se dessine et se caractérise par :

a) La multiplicité et l'évolution par extension progressive des phénomènes hallucinatoires pouvant intéresser tous les sens, plusieurs variétés d'hallucinations étant généralement co-existantes, associées ou combinées.

b) L'absence de toute interprétation délirante, tout au moins au point de vue de la systématisation et, par conséquent, de l'intégrité des phénomènes d'associations systématiques (activité supérieure).

c) L'absence de tout phénomène confusionnel, la persistance de l'activité psychique et l'intégrité des associations automatiques.

d) L'absence de troubles de la vie affective et de troubles physiques.

e) Le manque de reconnaissance du caractère purement subjectif des hallucinations.

3° Enfin, l'incurabilité est de règle (il suffit de se reporter aux observations pour voir que l'affection dure depuis de longues années et que les rémissions ne sont pas de longue durée) et cependant, chez aucun de nos malades, nous n'avons trouvé trace de démence ni même d'affaiblissement intellectuel.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales, Paris, 1890.

P. BLOCQ. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1890, p. 167.

BALL. — Leçons sur les maladies mentales, Paris, 1880, 83.

BRIERRE DE BOISMONT. — Les hallucinations.

BUCCOLA. — I. delirii sistématizzati primitivi (*Riv. sperim. di freniatr.*, 1882).

CHASLIN. — La confusion mentale primitive, Paris, 1895.

CHRISTIAN. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1886, art. hallucinations.

CRINON. — Un cas de psychose hallucinatoire (S. C. M. M., 11, n° 4 avril 1909, p. 115).

CRINON. — Un cas de psychose hallucinatoire (S. C. M. M., 19 avril 1909 ; R. P., XIII, 5 mai 1909, p. 287).

CALMETTES et BRUNET. — Un cas de psychose post-grippale. Encéphale, 10 octobre 1910, p. 291.

F. DHEUR. — Les hallucinations volontaires (l'état hallucinatoire), Société d'éditions scientifiques, 1899.

ESQUIROL. — Des maladies mentales, 1838, t. I, p. 160.

FEAUX. — Ueber den hallucinatorischen Wahnsinn, Th. Marbourg, 1878.

FARNARIER. — La psychose hallucinatoire aiguë, Thèse, Paris, 21 décembre 1899.

GREIDENBERG. — Contribution à l'étude de la folie aiguë hallucinatoire (en russe) (*Messager de psych. et neuropathol.*, 1885).

GUGLIELMO-MONDO. — *Rivista sperimentale di fenatria*, vol. XXXIX, fasc. 1-2, p. 240-258, 25 mai 1903.

ILBERG. — Le délire hallucinatoire (Commun. au Congrès de Dresde, in *Arch. de Neurologie*, 1895, t. XXX.

KERAVAL. — Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa (*Arch. de Neurol.*, 1894, t. XXVIII, et 1895, t. XXIX).

KRŒPELIN. — Psychiatrie, ein kurzes Lehrbuch für studirende und Aerzte, 4e édition, Leipzig, 1893 ; 5e édit., 1896 ; 6e édit., 1899.

KRŒPELIN. — Psychose hallucinatoire après influenza, *Deutsche med. Woschenschrift.*

KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der Psychiatrie, 3e édit., Suttgart, 1888 ; trad. fr. de la 5e édit. par E. Laurent, Paris, 1897.

KIRN. — La psychose d'origine influenzique Allegenvine, *Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1891.

LASÈGUE. — Du délire de persécution (*Arch. gén. de Méd.*, 1852).

LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés, Th. Paris, 1886.

MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux, Paris, 1876 ; 2e série, Paris, 1893.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893 ; 2e série, Paris, 1897.

MAGNAN et SÉRIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique, Paris (sans date).

MENDEL. — Paranoïa *(Eulenbourg's Réal Encyclopædie*, 1883).

MENDEL. — Delirium hallucinatorium *(Berlin-Klin. Wochensch.*, 1894).

MENDEL. — Le délire hallucinatoire (en français) *(Méd. scientif.*, 1894).

MEYNERT. — Die acuten (hallucin.) formen des Wahnsinns, und irh Verlauf *(Jahrb. f. psych.*, 1881, t. III).

MICHAËL-LAPINSKY. — Un cas de délire hallucinatoire à répétition au cours de la tétanie.

ROCHU. — Thèse Paris, 1905.

SCHOENTAL. — Ueber die acute hallucinatorische Paranoïa *(Allg. Zeistschr. T. psych.*, t. XLVIII).

SANZ-FERNANDEZ. — Un caso de psichoris alucinatoria aguda *(R. F. E.*, VII, n° 79, juillet 1909, p. 209).

SÉGLAS. — La paranoïa, étude critique et historique *(Arch. de Neurol.*, 1887, t. XIV).

SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1895. — Délire des persécutions systématique, hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans sans démence terminale *(Annales médico-psychologiques*, Paris, 1909).

SÉRIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique et les psychoses des dégénérés *(Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1891).

SÉGLAS et COTARD. — Deux cas de psychose hallucinatoire (Soc. de psych., 28 décembre 1908).

SÉRIEUX et COPGRAS. — La psychose à base d'interprétations délirantes.

SOUKANOFF. — *Journal de Neuropathologie et de psychiatrie*, t. III, 1906, art. « Hallucinoses ».

SELETZKI. — *Revue psychiatrie contemporaine russe*, juillet 1907, art. Hallucinose.

TANZI. — La paranoïa (delirio sistematizzato) e la sua evoluzione storica *(Riv. sper. di freniat.*, 1884).

Tanzi et Riva. — La paranoïa, contributo alla storia delle degenerazione psichiche (*Riv. sper. di freniat.*, 1884, 1885, 1886).

Wesptphall. — Ueber die Verrücktheit (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1878, t. XXXIV).

Wickel. — Pflege ki halluzinische Verwirchent (*Die Irrenpfege*, n° 11).

TABLE DES MATIÈRES

TOULOUSE. — IMP. SEBILLE, RUE ROMIGUIÈRES, 2.

